

UNIVERSITE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE **30** N°.....

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

Maurice LEROUX

Interne des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

de la

NÉCROBIOSE

des

FIBRO-MYOMES DE L'UTÉRUS

DURANT LA GROSSESSE

Président : M, BRINDEAU, Professeur

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

118

ERRATA

- Page 8 : *au lieu de* : A MES MAITRES,
lire : A MES AUTRES MAITRES.
- Page 17 : *remplacer la ligne 27 par* : et des autres dégénérescences en dehors de la grossesse.
- Page 26 : *au lieu de* : découle, *lire* : découlent.
- Page 26 : *au lieu de* : viennent, *lire* : vienne.
- Page 36 : *au lieu de* : lipolyse, *lire* : cytolypse.
- Page 39 : *au lieu de* : substances, *lire* : substance.
- Page 40 : *au lieu de* : MICROSCOPIQUE,
lire : MACROSCOPIQUE.
- Page 40 : *au lieu de* : n'apparaît, *lire* : n'apparaissent.
- Page 45 : *au lieu de* : rempli, *lire* : remplies.
- Page 45 : *au lieu de* : prend, *lire* : se prend.
- Page 46 : *au lieu de* : pourvues de noyaux, bien colorés,
lire : pourvues de noyaux bien colorés.
- Page 52 : *au lieu de* : tous autres thérapeutiques,
lire : toute autre thérapeutique.
- Page 52 (ligne 16) : *au lieu de* : réveillent, *lire*, réveille.
- Page 54 (ligne 16) : *au lieu de* : elle, *lire* : la fièvre.
- Page 57 : *au lieu de* : ramolissent, *lire* : ramollissent.
- Page 65 : *au lieu de* : sanguines, *lire* : sanguine.
- Page 68 : *au lieu de* : DIAGNIOSTIC, *lire* DIAGNOSTIC.
- Page 69 : *remplacer la ligne 6 par* : tant chez une femme enceinte avec une altération.
- Page 70 : *au lieu de* : (Bouffe), *lire* : Bouffe.
- Page 85 : *au lieu de* : cavité interne, *lire* : cavité utérine.
- Page 152 : *au lieu de* : évolution (ligne 16), *lire* : involution.
- Page 152 : *au lieu de* : lipolyse, *lire* : cytolypse.
- Page 155 : *au lieu de* : BERNOILLE, *lire* : BERNIOLLE.
- Page 155 : *au lieu de* : BIOCH, *lire* : BISCH.
- Page 156 : *au lieu de* : SEREDEY, *lire* : SIREDEY.
- Page 156 : *au lieu de* : DONNER, *lire* : DOWNER.

015

30

THESE
POUR
LE DOCTORAT EN MEDECINE

08

UNIVERSITE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°

pour

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée par

Maurice LEROUX

Interne des Hôpitaux

Contribution à l'étude

de la

Nécrobiose

des

*Fibro-Myomes de l'Utérus
durant la Grossesse*

Président : M, BRINDEAU, Professeur

PARIS
AMEDEE LEGRAND, EDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1923

Faculté de Médecine de Paris

DOYEN

PROFESSEURS :

Anatomie
 Anatomie médico-chirurgicale
 Physiologie
 Chimie organique et chimie médicale
 Chimie organique et chimie générale
 Bactériologie
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale
 Pathologie et Thérapeutique générale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie
 Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'en-
 céphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile
 Clinique thérapeutique
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique podophtalmique

M. ROGER

MM.

NICOLAS
 CUNEO
 Ch. RICHET
 André BROCA
 DESGREZ
 BEZANÇON
 BRUMPT
 Marcel LABBE
 RENON
 LECENE
 LETULLE
 PRENANT
 RICHAUD
 CARNOT
 Léon BERNARD
 BALTHAZARD
 MENETRIER
 ROGER
 ACHARD
 WIDAL
 GILBERT
 CHAUFFARD
 MARFAN
 NOBECOURT

CLAUDE
 JEANSELME
 Perre MARIE
 TEISSIER
 DELBET
 LEJARS
 HARTMANN
 GOSSET
 De LAPERSONNE
 LEGUEU
 BRINDEAU
 COUVELAIRE
 JEANNIN
 J. L. FAURE
 Auguste BROCA
 VAQUEZ
 SEBILEAU
 DUVAL
 SERGENT

AGRÉGÉS EN EXERCICE

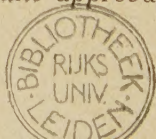
MM.
 ABRAMI
 ALGLAVE
 BASSET
 BAUDOUIN
 BLANCHETIERE
 BRANCA
 CAMUS
 CHAMPY
 CHEVASSU
 CHIRAY
 CLERC
 DEBRE

DESMARETS
 DUVOIR
 FIESSINGER
 GARNIER
 GOUGEROT
 GREGOIRE
 GUENIOT
 GUILLAIN
 HEITZ-BOYER
 JOYEUX
 LABBE (Henri)
 LAIGNEL-LAVASTINE

LANGLOIS
 LARDENNOIS
 LE LORIER
 LEMIERRE
 LEQUEUX
 LEREBOULLET
 LERI
 LEVY-SOLAL
 MATHIEU
 METZGER
 MOCQUOT
 MULON

OKINCZYC
 PHILIBERT
 RATHERY
 RETTERER
 RIBIERRE
 ROUSSY
 ROUVIERE
 SCHWARTZ (A)
 TANON
 TERRIEN
 TIFFENEAU
 VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON MAITRE
ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU,

*Professeur de Clinique obstétricale
Officier de la Légion d'honneur*

*qui me donna, en inspirant cette
thèse, et en me faisant l'honneur
d'en accepter la présidence, un
nouveau témoignage de sa bien-
veillance. Qu'il veuille bien rece-
voir ici l'hommage de ma recon-
naissance et de mon attachement
respectueux.*

A MES PREMIERS MAITRES
DE
L'ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE DE NANTES

M. le Professeur VIGNARD (*in memoriam*)

M. le Docteur LEQUYER (*in memoriam*).

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS
EXTERNAT

M. le Professeur agrégé WALTHER

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié.

M. le Professeur HUTINEL,

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

M. le Professeur CLAUDE,

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine

M. le Professeur BRINDEAU,

Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié

M. le Docteur RIBADEAU-DUMAS,

Médecin de l'Hospice d'Ivry

*dont la constante bienveillance
m'a particulièrement touché.*

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE,

Chirurgien de l'Hôpital de la Pitié

INTERNAT

M. le Docteur MORAX,

Ophthalmologiste de l'Hôpital Lariboisière

M. le Professeur agrégé DEMELIN,

Accoucheur de l'Hôpital Lariboisière

M. le Docteur LABEY,

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

M. le Docteur SAVARIAUD,

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

A M. le Professeur JEANNIN,

*Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de l'Hôpital de la Pitié*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

M. le Professeur NOBÉCOURT,

Médecin de l'Hôpital des Enfants Malades

M. le Professeur agrégé METZGER,

Accoucheur des Hôpitaux

M. le Docteur VIGNES,

Accoucheur des Hôpitaux

M. le Docteur TOUPET,

Chirurgien des Hôpitaux

M. le Docteur CAUCHOIX,

Chirurgien des Hôpitaux

M. le Docteur TIXIER.

Médecin des Hôpitaux.

M. le Docteur HARVIER,

Médecin des Hôpitaux

A MM. les Docteurs BARBIER et BESNARD,
qui furent mes conférenciers d'internat
j'adresse mes remerciements sincères

Meis et amicis,

A LA MÉMOIRE DE CEUX QUI SONT MORTS A LA GUERRE,
A CELLE EN PARTICULIER DU DOCTEUR JEAN CLUNET

INTRODUCTION

La plupart des travaux, consacrés à l'étude des fibromyomes gravidiques, ont été surtout orientés vers la question de la dystocie, que pouvait constituer le fibrome au moment de l'accouchement.

La conduite à tenir en pareilles circonstances, tel est le but principal de ces recherches.

Cette partie de l'histoire des fibromyomes au cours de la grossesse est actuellement fixée dans ses grandes lignes. Il n'en est pas de même de la question des altérations anatomiques, que subissent ces tumeurs au cours de la grossesse. Les traités classiques parlent des dégénérescences kystique, angiomateuse, sarcomateuse, de la suppuration, de la nécrose, du sphacèle et de la gangrène. Rien de bien clair ne se dégage des notions qu'on y cherche.

De nombreux travaux même récents n'établissent pas la distinction très importante qu'il convient de faire entre les variétés de mortification, et n'attribuent pas à chacune la place qui lui convient.

Aussi, avant d'aller plus loin, est-il nécessaire, dans le but de préciser les limites de cette étude, de fixer ce point de nosologie. Il a été déjà l'objet de discussions.

Bisch dans sa thèse (1900), marque une distinction entre les différents termes de nécrose nécro-

biose, mortification, gangrène, sphacèle, putréfaction mais, cette distinction une fois établie, il n'en tient guère compte dans la classification de ses observations.

Puis en 1898 l'on trouve, dans les compte-rendus de la Société de Chirurgie de Paris, une discussion à propos d'une observation de dégénérescence d'un fibrome, dans laquelle les termes de sphacèle et de gangrène sont mis en parallèle.

Un peu plus tard (1906) Gambier désigne nettement au titre de sa thèse son sujet « Des fibromes utérins interstitiels nécrobiosés ».

A l'étranger nous voyons en 1906, un mémoire de Taylor intitulé « Fibromes nécrobiosés et grossesse », tandis que vers la même époque Viana expose des faits de « nécrose des fibromyomes utérins pendant la grossesse ».

Lecène en 1911 revient sur la question, et décrit sous le nom de nécrobiose aseptique, de gangrène et de suppuration des fibromes, des faits absolument tranchés.

Par contre d'autres auteurs, même dans des publications récentes, continuent à user du mot de sphacèle pour désigner des phénomènes de dégénérescence nécrobiotique.

Il n'est donc pas inutile de revenir sur ce point, ni de bien classer en nosologie les différentes lésions.

Les faits survenus pendant la grossesse et qui font l'objet de cette étude appartiennent à la nécrobiose, nécrobiose aseptique dans la majorité des cas

dirons-nous, n'hésitant pas au besoin devant le pléonasme, pour bien associer l'idée d'aseptie à celle du mode de mortification des fibromyomes, qui fait l'objet de cette thèse.

« La nécrobiose est l'arrêt des manifestations vitales dans une partie de l'organisme. Elle s'oppose à la gangrène, processus morbide d'origine microbienne, caractérisé par la modification et la putréfaction des tissus... La gangrène est donc toujours d'origine microbienne, tandis que la nécrobiose peut être produite par les agents les plus variés. » (H. Roger).

Quant au terme de nécrose, synonyme de nécrobiose, employé surtout autrefois pour désigner la mortification du tissu osseux, au terme de sphacèle, synonyme de gangrène sèche, nous éviterons de les employer puisqu'il ne pourrait en résulter que confusion.

Le dépouillement de la littérature médicale, qui se rapporte à cette question, fournit un grand nombre d'observations de dégénérescence nécrobiotique, dans des observations de fibromyomes de l'utérus non gravide. Au contraire, les cas qui se rapportent à des utérus en état de gestation, sont plus rares peut-être, en tout cas beaucoup moins groupés et de toute façon souvent rangés sous des désignations imprécises.

Il semble ressortir de la comparaison des observations relevées, pendant et en dehors de la grossesse, qu'il s'agit, dans les deux circonstances, de lésions très voisines l'une de l'autre. D'ailleurs les divers travaux qui se rapportent à ce sujet publient

bien souvent côte à côte des observations de nécrobiose survenue dans des utérus gravides ou non gravides, tant il semble conforme aux faits anatomo-cliniques de ne pas scinder de façon inopportune la description de cette complication des fibromyomes.

La grossesse, tout en étant une cause occasionnelle importante de son développement n'en est pas la seule, et il faut noter encore la puberté et aussi la survenue de la ménopause. Nous aurons à revenir sur ces faits au chapitre des causes de ces dégénérescences. On voit donc, que la nécrobiose aseptique constitue, parmi les divers modes de dégénérescence des fibromyomes un des plus intéressants. Sa connaissance est en somme assez récente puisque dans l'étude d'ensemble des dégénérescences des fibromes de Piquand qui date de 1905, les faits de nécrobiose ne tiennent qu'une très petite place et ne sont pas distingués des faits de sphacèle, gangrène et suppuration.

Les auteurs anglo-saxons ont isolé sous le nom de dégénérescence rouge une forme particulière d'altération de la substance des fibromyomes. Il ne s'agit encore là, que de faits de nécrobiose aseptique. Il ne faut pas exagérer l'intérêt de la teinte particulière présentée par les pièces opératoires dans ces cas. Elle n'indique qu'une variété anatomo-pathologique du processus nécrobiotique fondamental. Nous nous proposons ici, d'essayer d'éclaircir les différents points de l'histoire des nécrobioses aseptiques, qui frappent les fibromyomes, et nous limiterons notre étude à la durée de la grossesse.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, nous devons, et c'est pour nous un plaisir, exprimer notre vive reconnaissance envers notre Maître, M. le Professeur Brindeau. C'est lui qui nous a donné l'idée de ce travail, et c'est grâce à ses conseils, et à son habituelle bienveillance que nos recherches ont été facilitées. Nous ne saurions trop le remercier, de nous avoir laissé puiser librement, dans les documents de son service.

Les huit observations encore inédites que nous avons eu la chance d'observer en une série heureuse à la clinique Tarnier, s'ajoutent à un certain nombre d'observations colligées dans la littérature médicale. L'ensemble de ces documents servira de base à l'étude de la nécrobiose aseptique des fibromyomes pendant la durée de la gestation.

Nous ne saurions clore cette introduction sans remercier notre ami Lantuéjoul de l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la réunion des documents cliniques nécessaires à ce travail.

HISTORIQUE

La connaissance de la nécrobiose des fibromyomes au cours de la grossesse est récente. Elle repose sur les notions bactériologiques qui ont permis de dissocier, ce qui appartient au processus aseptique, purement et simplement ischémique, de ce qui relève d'une infection par des microbes aérobies ou anaérobies. On ne devrait donc pas faire remonter son histoire au delà de l'ère pastorienne.

Elle repose aussi sur l'examen microscopique, et c'est à *Cornil*, en 1893, que revient le mérite d'avoir, le premier, décrit de façon précise des lésions de fibromyome gravidique nécrobiosé.

Et cependant, lorsqu'on relit les vieilles observations, on est frappé de reconnaître, sous des épithètes très différentes, ses traits essentiels. Bien que sans grande valeur pratique, ces observations offrent, malgré tout, un intérêt de curiosité. Elles permettent, en outre, de se rendre compte de la marche de l'affection abandonnée à son évolution naturelle, évolution moins connue aujourd'hui, car on sait dépister plus tôt la complication.

La plus ancienne observation publiée est celle de *Shenk*, en 1665. Il cite le cas d'une femme enceinte qui, après trois semaines de douleurs, finit par rendre, « après avoir fait un vœu solennel »,

trois calculs par la matrice, l'un du volume d'un œuf d'oie, l'autre d'un œuf de poule, le troisième d'une noix. L'expulsion de ces calculs fut suivie de l'accouchement. A vrai dire, il s'agit là d'une migration spontanée de plusieurs fibromes plutôt que de nécrobiose.

Depuis lors, *Levret*, dans son *Mémoire à l'Académie de Chirurgie*, en 1749, mentionne la gangrène des « polypes de la matrice et du vagin. Ces tumeurs, dit-il, peuvent s'enflammer, s'ulcérer, se mortifier. » Là encore, il n'est pas question de nécrobiose.

Durant tout le cours du *xix^e* siècle, de curieux cas de migrations spontanées de fibromes sont rapportés, tels ceux de *Baker-Brown* (1859), de *Dumesnil* (1868).

A la même époque, première partie du *xix^e* siècle, se placent les discussions au sujet du diagnostic anatomique entre le cancer et la gangrène. Et c'est *Cruveilhier* qui y mit fin en décrivant et figurant les caractères différentiels des deux lésions. C'est encore lui qui représenta un des premiers cas de dégénérescence kystique des fibromes.

Quant à la nécrobiose produite au cours de la gestation, il n'est possible que de la reconnaître à peu près dans les lésions gangreneuses surajoutées, décrites à l'occasion d'autopsie post-partum ou post-abortion.

Il s'agit de grossesses qui se sont terminées par un avortement parfois provoqué systématiquement ou par un accouchement prématuré. (Obs. de *Ashwel* 1836, *Lever* 1841, *Ingleby* 1844, *Moreau*

1850.) L'infection a suivi, entraînant le plus souvent une péritonite purulente généralisée, parfois une septicémie. (Obs. de Mann 1896.)

D'autres observations concernent des suppurations utérines avec lochies gangréneuses, horriblement fétides. On croit à une rétention placentaire, alors qu'il s'agit d'un fibromyome en voie de sphacèle. (Obs. de Fergusson 1835, Lee 1842, Lumpe 1860, Worship 1873, Varnier 1886, Hermann 1894, Carle et Gatti 1895, Pinard 1901, Mauclore 1906, Lecène 1911.)

Ou bien ce sont des accouchements dystociques, ayant nécessité des manœuvres intra-utérines, version, embryotomie (*Ish Wall* 1889), forceps qui ont, soit par autopsies, soit par opérations de Porro, été l'occasion de ces constatations. (*Ingleby* 1836, *Blot* 1860, reproduit in *Thèse d'Agreg. Tarnier* 1860 et in *Tarnier-Chantreuil, Chamneys* 1877, *Tarnier* 1879.)

Mais aucun de ces cas ne peut être authentifié en tant que nécrobiose vraie, et il faut arriver à l'observation histologique princeps de *Cornil* (1893) pour avoir la démonstration d'un cas pur de nécrobiose gravidique.

Depuis cette époque, les faits se précisent, mais les chercheurs s'occupent surtout de la nécrobiose et distinguent la nécrobiose, sphacèle et gangrène, tation.

En 1900, *Bisch* traite de la gangrène des fibromes et distingue la nécrobiose, sphacèle et gangrène, mais il parle peu de grossesse.

En 1904, cependant, *Bland-Sutton* publie des observations de nécrobiose au cours de la grossesse avec myomectomie.

En 1905, *Viana* publie des cas de nécrose des fibromes au cours de la gestation qui se rapportent à la nécrobiose suivie d'infection post-partum. Ce ne sont donc pas des cas purs.

En 1906, *Taylor* publie un mémoire sur les fibromes nécrobiosés et la grossesse.

Puis vont se succéder les thèses de *Jamain* (1907), de *Joubert* (1907), qui ne se rapportent pas au sujet traité ici, mais le touchent par différents côtés, de *Gambier* (1907), qui cherche dans la dissection des artères des fibromes la cause de leur nécrobiose, et l'article de *Bégouin*.

Dans une étude d'ensemble, très documentée, des dégénérescences des fibromes, *Piquand*, dans sa thèse, réunit les données relatives à cette question.

Il la reprend, en 1910, en collaboration avec *Lemeland* au sujet « *des altérations des fibromyomes gravidiques* ». En ce qui concerne les lésions nécrobiotiques proprement dites, ils publient deux observations intéressantes, mais leur description générale des lésions histologiques ne diffère guère de celle de *Cornil*.

Smith et *Shaw*, en 1909, étudient la pathologie de la « *dégénérescence rouge des fibromes*. »

Bablet, en 1910, étudie le sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse, touchant par certains côtés à la question de la nécrobiose.

En 1919, *Chavannaz*, qui a déjà publié à ce sujet, seul en 1908, en collaboration avec *Nadal* en 1910,

étudie l'ensemble de la question elle-même au *Congrès de Chirurgie*.

Depuis lors, d'autres faits sont publiés et, en 1922, des travaux intéressants, applicables à la nécrobiose gravidique sont rapportés par *Bardon*. Cet auteur étudie la circulation artérielle des fibromes, par injection de substances radio-opaques.

D'un autre côté, les recherches histologiques de *Keiffer* (1919-1922), sur la pathogenèse et l'évolution des fibromyomes gravidiques, rapprochées des constatations qu'on peut faire sur le rôle de la lipolyse dans ces processus régressifs, éclairent d'un jour nouveau la conception des nécrobioses des fibromyomes au cours de la grossesse.

Et c'est surtout dans ce sens que les études à venir seront intéressantes à suivre.

ETIOLOGIE

Les données relatives aux causes, qui favorisent ou déterminent la nécrobiose des fibromes pendant le cours de la grossesse, sont très imprécises. C'est qu'en effet, les observations, si elles s'étendent assez souvent sur les faits de structure microscopique, sont par contre généralement muettes sur les causes directes, qui ont déclenché la mise en œuvre du processus mortificateur.

Et cette ignorance explique la diversité des théories pathogéniques invoquées par les auteurs.

Fréquence. — Pour se faire une idée générale de la fréquence des dégénérescences nécrobiotiques des fibromes gravidiques, jetons un coup d'œil sur la statistique publiée par Pinard. Il note, sur 13.915 accouchements ayant eu lieu du 1^{er} janvier 1895 au 1^{er} janvier 1901 — 84 grossesses avec fibromes. Or sur ces 84 fibromes 4 ont nécessité des interventions pendant le cours de la grossesse, 5 ont provoqué des avortements, 13 des accouchements prématurés, les 66 autres n'ont pas empêché la femme d'attendre le terme de leur grossesse.

Bien qu'il ne note pas le cas de nécrobiose, on se rend compte que c'est en apparence une complication rare. Il semble cependant que cette rareté

ne soit qu'apparente, et que bien des cas passent inaperçus, soit par erreur de diagnostic, soit du fait de la bénignité et de la fugacité des accidents cliniques, ou même de leur absence. Nombre de cas sont en effet représentés par des foyers partiels de nécrobiose, ne donnant pas lieu à des signes cliniques. Il paraît assez vraisemblable de considérer, que les faits de nécrobiose rapportés dans les observations anciennes, concernent des cas d'altération profonde avec lésions macroscopiques évidentes, et qu'au contraire dans ces derniers temps les observations se soient multipliées, en même temps que les descriptions des pièces anatomiques décrivent des lésions plus discrètes.

Les observations originales de ce travail s'échelonnent sur une temps très restreint. Peut-être s'agit-il d'une série heureuse recueillie dans un milieu obstétrical très actif. Mais en tout cas il n'est pas exagéré de dire, que c'est une des principales complications des fibromes gravidiques. D'un point de vue général, on dirait qu'il se passe pour cette affection le même fait que pour bien d'autres. On n'a vu tout d'abord que les formes grossièrement accusées par quelques symptômes évidents, puis au fur et à mesure qu'on s'est avancé dans la connaissance des faits, on a appris à déceler des formes discrètes frustes. Il s'agissait en réalité d'un seul et même processus pathologique revêtu de masques divers.

Age. — La plupart de nos observations ont trait à des femmes de 30 à 40 ans, rarement entre 20-25 ans, s'élevant plus souvent au-dessus de 40 ans.

Parité. — Il s'agit le plus souvent de primipares âgées. Mais cette règle n'a rien d'absolu et l'on note des accidents chez les II, III, IV, V, VI pares, même comme dans le cas très spécial de Martin. (Obs. XLV).

Antécédents. — On ne note en général rien de bien particulier dans les antécédents. Les règles se sont établies de façon normale, n'ont guère été troublées. Et il est même remarquable de voir que ces femmes sont indemnes de passé pathologique génital ; souvent le fibromyome a passé inaperçu jusqu'au moment de la grossesse, jusqu'aux accidents gravidiques. Donc pas de ménorragies, ni de métrorragies, aucun des troubles fonctionnels habituels aux fibromes, ne vient annoncer la complication fibromateuse.

Influence de la gestation sur le processus nécrobiotique

Cette influence est réelle et les observations sont très explicites à ce sujet. Dans la plupart des cas, la femme devient enceinte, et l'état de gestation donne un coup de fouet à un fibromyome ignoré le plus souvent, ou en tout cas parfaitement toléré, et qui n'avait donné lieu à aucun trouble fonctionnel. La masse fibromyomateuse se modifie, augmentant en général de volume. Ses transformations s'accompagnent de tout un cortège symptomatique, sur la description duquel nous reviendrons.

A quel moment la gestation influence-t-elle le fibromyome ? C'est rarement avant le deuxième

mois et après le sixième ; en général du troisième au cinquième mois de la grossesse que les accidents douloureux se manifestent. Il semble qu'il y ait pour le fibrome comme une période critique à franchir. C'est la phase durant laquelle l'utérus s'adapte à son état gravide, subissant une hypertrophie vasculaire, qui retentit sur ses fibres musculaires lisses, et en même temps sur celles du fibromyome. La tumeur réagit seulement de façon différente et peut dégénérer.

Telle est, du moins, la notion qui semble ressortir de l'examen des observations récentes.

Celles des anciens auteurs, au contraire, parlent plus fréquemment de grossesse à terme. Et dans ces observations, la constatation de la lésion nécrobiotique est moins une découverte opératoire que trop souvent une trouvaille d'autopsie.

Les auteurs, il est vrai, ne parlent pas de nécrobiose, mais leur description concorde trop exactement avec l'aspect de la lésion, et il est permis de l'y assimiler. Telle est l'observation de Blot, Thèse d'Agrégation de Tarnier 1860, dont la figure est reproduite dans le Traité de Tarnier et Chantreuil.

D'ailleurs, la terreur salutaire du péritoine privait les anciens chirurgiens-accoucheurs des constatations opératoires, et des infections puerpérales enlevaient les malades dès qu'une dystocie devenait sérieuse.

Les pièces décrites par les anciens auteurs représentent donc des lésions plus avancées que celles extirpées à l'heure actuelle par les accoucheurs.

Quelle place faut-il accorder à la grossesse dans l'étiologie de la dégénérescence des fibromes en

général ? Sans aller jusqu'à l'opinion, admise à un moment donné par Bland-Sutton, qui supposait que les dégénérescences nécrobiotiques se voyaient seulement associées à la grossesse, nous admettrons que la gestation joue un rôle très important dans le déterminisme de cette altération.

Mais il est non moins certain que rien de spécifique ne paraît caractériser cette nécrobiose et que nombre d'observations concernent des fibromyomes d'utérus non gravides. D'après une statistique établie par Taylor, 6 pour 100 des fibromes opérés sont dégénérés, mais cet auteur ne précise pas dans quelles circonstances ils le deviennent.

Il sortirait du cadre obstétrical de cette étude de rechercher les causes non gravidiques de la nécrobiose ; deux autres étapes de la vie génitale de la femme en sont l'occasion, l'établissement de la puberté, et la ménopause surtout, que l'on peut rapprocher de la gestation en raison de leurs phénomènes communs de congestion de l'appareil génital de la femme.

D'autres auteurs ont invoqué les traumatismes locaux en tant que facteurs d'attrition des tissus déjà mal nourris. L'administration de l'ergot de seigle a même pu être, jadis, incriminée comme facteur possible d'ischémie.

Enfin, la roentgenthérapie et la curiethérapie des fibromes n'ont pas manqué de fournir, comme l'électroponction jadis, des cas de nécrose indiscutable, dus sans doute à des indications thérapeutiques mal posées.

PATHOGENIE

L'ischémie est la cause directe de la nécrobiose aseptique des fibromyomes.

Cette pathogénie est admise actuellement par tous les auteurs.

La succession des phénomènes s'impose à l'esprit : suppression de la circulation, arrêt de la nutrition de la tumeur, diminution progressive de sa vitalité, altération de ses éléments histologiques qui se mortifient sur place. Isolé dans sa coque, à l'abri des apports microbiens (d'origine sanguine ou plus rarement de voisinage), le noyau nécrosé peut demeurer sur place sans s'infecter pendant tout le temps que dure sa résorption. Mais, sans aucune infection, il peut frapper sévèrement l'état de santé de la femme. Cette pathogénie est aussi vraie, pendant la durée de la grossesse, qu'en dehors de tout état gravide.

Si l'on veut classer les faits au point de vue du mécanisme de cette ischémie, on ne peut faire autrement que de distinguer les fibromes pédiculés et les fibromes sessiles.

a) *Fibromes pédiculés.* — Selon Piquand et Lermeland, l'arrêt de la circulation artérielle par torsion des fibromes pédiculés est rare et incomplet. La plupart des troubles, qui résultent de la torsion, relèvent de la gêne de la circulation en retour. Les

veines plus superficielles, aux parois minces, voient leur lumière s'effacer au niveau du pédicule, bien avant les artères. Celles-ci restent encore largement perméables que déjà celles-là sont thrombosées. De là découle le mécanisme le plus ordinaire qui produit l'infiltration œdémateuse, et pour peu que la strangulation ait été brusque et intense, les lésions d'apoplexie de la tumeur. Que ce tissu déjà diminué dans sa nutrition viennent à être privé même partiellement de sa circulation artérielle, les lésions de nécrobiose ne tardent pas à se réaliser. Elles sont le plus souvent partielles et portent sur les parties de la tumeur les plus mal nourries. Celles-ci prennent la teinte feuille morte ou lie de vin, la consistance et l'aspect du caoutchouc. Il n'y a pas lieu d'insister davantage sur le mécanisme de cette torsion due peut-être aux mouvements péristaltiques de l'S iliaque, remarquable cependant en ce qu'elle se produit de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre, tout comme l'utérus gravide lui-même, dont la face antérieure tend à regarder à droite.

Dans un certain nombre de cas, la torsion se produit non plus sur le pédicule du fibrome, mais sur l'axe de l'utérus lui-même. Il s'agit là de cas bien discutables dans leur pathogénie si l'on considère que, dans plusieurs cas, le degré de torsion noté ne dépasse pas 90°, qu'il a été compatible avec le développement de l'œuf, plus sensible que la tumeur aux troubles circulatoires, qu'enfin, si tant est qu'une torsion utérine peu marquée ait été capable d'influencer la vascularisation veineuse ou

artérielle, les larges anastomoses auraient suppléé à la gêne circulatoire ;

b) *Fibromes sessiles*. — Diverses théories ont été proposées pour tenter d'expliquer leur processus nécrobiotique.

L'exposé suivant sera fait sans se borner à celles qui visent spécialement les cas survenus au cours de la gravidité. Aucune lésion spécifique n'a été décrite, en effet, dans ces cas, et il est infiniment probable que la pathogénie doit être identique en dehors comme au cours de la gestation.

Certains auteurs ont voulu en faire *une lésion d'ordre infectieux*. C'est du moins l'opinion de *Ross et Hendrick* (1910), que la dégénérescence rouge, fréquente pendant la gestation est causée par la présence d'un des microbes hémolytiques, staphylocoque, streptocoque, diplocoque, qui avoisinent le fibrome (vagin, intestin) et peuvent infecter la paroi utérine.

Rapprochons cette théorie, dont le bien fondé est loin d'être établi, de l'ancienne théorie de *Claisse* sur l'origine microbienne des fibromes utérins.

La plupart des théories accusent les troubles circulatoires.

Stévens suppose qu'il se produit une *thrombose des veines de la capsule*, se basant sur des constatations, théorie très discutable, en désaccord formel avec les données de la pathologie générale.

Doleris (1888), incrimine la *stase vasculaire*, qui produit du tissu fibromyomateux par hydratation des éléments du tissu conjonctif. Ceux-ci sont, en outre, dissociés, ainsi se constituent les géodes.

Schenk admet une *compression du fibrome dans sa loge* devenue trop étroite du fait de l'accroissement rapide de la tumeur. Cette théorie n'explique pas les cas dans lesquels il existe des nodules normaux à côté des nodules dégénérés.

De même, *Haultain* accorde une grande importance aux *obstacles circulatoires* de la capsule qui entoure le tissu néoformé, périculé ou sessile. L'empêchement de la circulation en retour explique la diffusion des substances colorantes du sang et la coloration brunâtre de ces tumeurs.

Rappelons la théorie de la *compression directe* non plus à l'intérieur de la capsule, mais par les organes voisins (adhérences) ou par enclavement dans l'excavation (fibromes du segment inférieur et du col).

Selon *krukenberg*, sous l'influence d'*efforts* (défécation), il peut se produire des *ruptures vasculaires* qui auraient provoqué une hématome entre la capsule et le tissu myomateux. La compression qui en résulte amène la nécrose de la tumeur qui peut s'infecter ultérieurement.

Cornil (1893) (Obs. n° IX), ayant constaté sur une pièce une hypertrophie des faisceaux musculaires lisses, analogue à celle du muscle utérin, pense que cette activité nutritive, touchant à l'inflammation, a pour résultat une *compression des faisceaux interposés* au point d'y arrêter la circulation sanguine et l'apport des éléments nutritifs. Ces faisceaux restent atrophiés et leurs cellules contractiles se mortifient.

Vautrin (1898), pense que « les contractions uté-

riques tendent à imprimer au fibromyome des déplacements dans sa loge, des mouvements de rotation qui raréfient le tissu cellulaire lâche dont s'entoure sa capsule. Les tractus vasculaires qui unissent le tissu utérin à la capsule du fibrome sont déchirés en totalité ou en partie et dès lors le fibrome isolé dans sa gangue ne participe que très faiblement aux échanges nutritifs des tissus ambiants. »

Viana (1905), insiste sur le rôle considérable joué par la grossesse dans la genèse des différentes altérations des fibromyomes, ramollissement, augmentation rapide de la tumeur, surtout marquée pour les fibromes sessiles, intramuraux, augmentation de volume des lymphatiques, *hémorragies interstitielles*, tendance à la transformation colloïde. Ces altérations qui commencent en général par le centre peuvent s'étendre à toute la tumeur, de façon à la transformer en une masse franchement nécrosée.

Il admet qu'il n'y a pas seulement nécrobiose mais encore individualisation du tissu utérin ambiant. Cet *isolement* est capable d'entraîner l'élimination spontanée du fibrome, véritable corps étranger qu'expulse l'utérus. Il en existe quelques cas dans la science.

Freund (1900), donne une grande importance aux altérations vasculaires. Il rapporte des faits de dégénérescence scléreuse des artères périphériques, de prolifération de l'endothélium et dit que, dans les parties centrales de ces tumeurs furent trouvées

des veines variqueuses congestionnées et en partie thrombosées.

Bégouin et Gambier (1908), après dissection de trois fibromes normaux injectés aussitôt après leur ablation, ont constaté trois fois que le noyau fibromateux n'était nourri que par une seule branche de l'artère utérine à type terminal. Ils concluent à *l'oblitération de cette artère centrale, unique, terminale*, la nécrobiose se produisant par un processus analogue à celui du ramolissement cérébral; la lumière du conduit artériel étant obstruée par une des lésions suivantes : artérite oblitérante, productions athéromateuses, thrombose par lésion de l'endothelium, embolie enfin.

Lobenstine (1911), admet également que l'ischémie puisse se produire par sclérose, par *thrombose artérielle*, ou bien encore par stase dans les systèmes circulatoires et lymphatiques survenant dans les premiers jours de la grossesse. La gangrène aurait parfois pour point de départ de petites apoplexies dues à la torsion.

Chavannaz (1919), croit que l'ischémie, que le défaut de circulation artérielle par altération vasculaire est possible, mais il faut admettre alors des *lésions étendues*. Se basant sur les recherches qu'il a poursuivies à ce sujet avec *Nadal*, il retient que l'irrigation d'un nodule fibromateux est multiple et assurée par plusieurs artères.

Bardon (1921), utilisant les fibromes extirpés par *Bégouin*, les a injectés avec une masse au minium opaque aux rayons X, et a ensuite radiographié des

tranches coupées en séries. Il reconnaît ainsi deux modes de vascularisation artérielle du fibrome, l'un fréquent assuré par un groupe terminal anastomosé seulement à la base de la tumeur avec le réseau périphérique, touffu, continu, qui appartient au muscle utérin, l'autre plus rare, sans systématisation, la vascularisation étant sensiblement la même sur tous les points de la tumeur. Dans ce second type, les deux systèmes vasculaires, périphérique et central, sont anastomosés entre eux. Le premier type, au contraire, représente deux circulations indépendantes. Dans ce cas, dit Bégouin, la masse centrale du nodule fibromateux n'est nourrie que par une artère unique à type terminal.

Sur une radiographie, il a constaté qu'une partie était vascularisée, alors que l'autre répondant à la lésion mérotique était dépourvue de vaisseaux. Ainsi, dit-il, l'examen microscopique concorde avec l'examen aux rayons X.

Keiffer (1921), se basant sur l'étude microscopique en séries de fibromes jeunes sur utérus injecté à la gélatine au carmin, constate l'existence de *deux sortes de fibromyomes*. Les uns sont *diffus*, sans limites précises, avec peu de vaisseaux, constituant de vrais centres de myomatose, faisant partie intégrante du tissu utérin. Participant à la circulation utérine, ils subissent rarement la dégénérescence secondaire par manque de circulation artérielle. Les autres, au contraire, sont *bien circonscrits*, le tissu utérin normal et ses vaisseaux leur faisant une sorte de capsule. Ce sont de « vrais noyaux susceptibles de migration, contre lesquels

semble lutter l'utérus, par ses mouvements contractiles, et par le mécanisme d'une vascularisation intense qui les entoure, et grâce auxquels ils émigrent vers le péritoine ou vers la muqueuse. Cette néo-vascularisation les entoure comme elle ferait vis-à-vis de véritables corps étrangers dont elle voudrait assurer la résorption ou l'expulsion. Quant à leur vascularisation propre, elle est plus ou moins bien assurée par un système de capillaires très ténus et rares. On comprend facilement que ces tumeurs soient mal irriguées, souvent anémiées et soumises par le fait à des altérations profondes de leur nutrition et partant de leur structure : ramolissement, nécrose, infection, expression hors du stroma utérin, pédiculisation progressive des noyaux fibreux plus ou moins volumineux qui subissent la torsion de leur pédicule d'où gangrène et péritonite ».

J.-L. Faure et Siredoy (1914) exposent que les fibromyomes « repoussent devant eux le tissu utérin en s'entourant d'une sorte de coque conjonctive qui rend leur énucléation facile. Bien qu'il y ait entre eux et les parties voisines des connexions vasculaires, sans lesquelles leur développement ne serait pas possible, ces connexions sont, en général, fragiles ; elles peuvent même disparaître en provoquant parfois le ramolissement et la gangrène du noyau qui se trouve privé de tout apport sanguin ».

Que conclure de ces différentes théories pathogéniques ? Un seul fait indiscutable s'en dégage,

c'est que l'*ischémie artérielle est à la base du processus*. D'autre part, il apparaît de plus en plus clairement que, surtout pour les fibromes bien circonscrits, l'irrigation artérielle est très mal assurée par des artéριοles de très fin calibre. Cette vascularisation précaire est à la merci d'un agent interrupteur très faible, et qui semble pouvoir résulter d'un processus variable. Mais dans l'état actuel de nos connaissances, ce serait s'avancer sur un terrain mouvant que de certifier qu'il s'agit d'un agent pathogène, d'ordre mécanique (traumatisme, compression par les parois d'une cavité d'enclavement, infiltration œdémateuse qui comprime les éléments cellulaires dans la capsule distendue, contraction utérines répétées), d'ordre inflammatoire (endartérite) ou d'ordre nerveux (angiospasme). Est-il permis d'aller plus loin et d'envisager la question de plus haut. Quand on considère l'ensemble des phénomènes qui frappent les fibromes au cours de la grossesse, on est frappé du fait que certaines catégories de fibromes augmentent de volume, se ramollissent, puis après l'accouchement s'évanouissent de façon complète, alors que certains autres fibromes ne semblent nullement influencés par la gravidité. Pourquoi cette influence élective sur certains fibromes ? Pourquoi après avoir augmenté de volume regressent-ils jusqu'à disparaître ? Œdème passager par hypervascularisation suivi d'involution, les phénomènes sont identiques et parallèles à ceux qui se passent dans le muscle utérin lui-même.

Cette explication peut valoir pour certains cas.

Mais sans vouloir l'infirmier il semble bien qu'une autre conception en puisse être proposée qui prendrait place à côté de la conception classique, qui surtout l'expliquerait et la préciserait. On sait combien il est difficile de diagnostiquer cliniquement un fibromyome hypertrophié et ramolli par la grossesse, d'une tumeur de même nature, mais atteinte dans sa vitalité. Quelques signes pathologiques, d'allure essentiellement banale, douleurs, quelques signes généraux en sont le critérium. C'est là une bien mince différence et bien difficile à apprécier la plupart du temps. Même lorsque la laparotomie a été pratiquée, on hésite.

La pièce extirpée et sectionnée, sa surface de section œdémateuse, « succulente », peut apparaître à peu près normale, et cependant, examinée au microscope on constate des lésions discrètes parfois, mais réelles de cytolysse. On saisit là sur le fait, le début même de la transformation régressive. Et comme dans la série inférieure les transitions ne manquent pas, jusqu'à la nécrobiose complète, rien ne s'oppose en apparence à ce qu'on enchaîne ces faits. L'involution puerpérale qui ramène l'utérus gravide à son volume normal, et parfois même l'atrophie, favorise aussi la diminution de volume des fibromes. Mais quant à leur disparition complète, il n'est pas invraisemblable qu'elle soit préparée parfois par un processus de nécrobiose même avancée, et que la matière amorphe soit ensuite résorbée dans le courant sanguin. Ce sont là, il faut le redire, hypothèses qui demanderaient à être contrôlées par de multiples examens

anatomiques et histologiques avant d'en admettre la vérité.

D'ores et déjà, cependant, quelques constatations plaident en sa faveur. Lorsqu'on traite par les réactifs de la graisse les coupes des fibromes dégénérés, on est frappé de constater une infiltration de granulations graisseuses assez abondantes et de calibres très différents ; le fait était visible sur plusieurs des préparations concernant les pièces des observations originales n° III, IV, V, VI qui avaient été traitées au rouge Soudan. Ces préparations étaient celles de fibromes en état de dégénérescence nécrobiotique macroscopiquement évidente.

On rapprochera ces faits de celui qui est exposé par Kieffer sous le titre de « *la lipolyse des fibromyomes de l'utérus de femme* ». « Il s'agit d'une pièce de fibromatose extraite par hystérectomie après césarienne, donc à terme. A l'examen macroscopique, toutes les tumeurs fibreuses étaient de la même teinte gris jaunâtre et laissaient sourdre, par raclage, une sérosité jaune, grasse, d'un tissu lardacé plus ou moins consistant.

« L'examen par les réactifs de la graisse, montre que la lipolyse est un processus de dégénérescence, de résorption du tissu fibromyomateux, mais associée à une tumfaction trouble qui est souvent le phénomène de début, aux dégénérescences hyaline, muqueuse, hydropique et vasculaire. On les voit en combinaison ou en succession attaquer les éléments musculaires d'abord, puis les éléments conjonctifs. Les détails de la lipolyse apparaissent bien surtout dans la fibre musculaire, autour du

noyau. Les faisceaux conjonctifs semblent résister plus longtemps. A la fin, le fibromyome apparaît comme un tissu spongieux, dans les mailles duquel se montre un complexe où se trouvent accumulées des gouttelettes graisseuses de tous volumes, des débris cellulaires de tous les constituants.

« Au stade terminal, noyaux fibreux entièrement vides, vastes cratères à bords déchiquetés, où l'on ne discerne pas de tentative à la réparation structurale. »

L'auteur conclut que c'est par un mécanisme complexe, celui de la lipolyse notamment, associé à d'autres processus dégénératifs que peuvent disparaître les fibromyomes pendant et après la grossesse.

Il n'est donc pas sans intérêt de rapprocher de celles de *Keiffer*, les constatations que nous avons pu faire concernant des nécrobioses typiques. La lipolyse existe aussi bien au temps initiaux qu'aux termes du processus, et c'est comme un lien unissant les faits qu'il semble falloir interpréter cette infiltration graisseuse.

En résumé, il paraît bien qu'un seul processus soit incapable d'expliquer tous ces faits. Ceux-ci sont complexes. L'ischémie est le *primum movens* des formes franches. Quant aux faits de passage ce serait toute une étude nouvelle à entreprendre.

Concluons donc que la nécrobiose apparaît, en dernière analyse, comme un des procédés mis en œuvre par l'utérus pour se débarrasser du véritable corps étranger, à peine vascularisé, que constitue le fibromyome au milieu de ses tuniques.

C'est là un mode d'élimination aux étapes extrêmement complexes dans leur mécanisme intime.

Mais au point de vue de la biologie générale, il ne doit pas être mis sur un plan différent, que les faits curieux cités dans la littérature, d'isolement, d'individualisation des fibromyomes, qui deviennent libres dans l'abdomen, et peuvent s'éliminer à l'extérieur, après d'être ouvert une voie par le rectum, le vagin ou la paroi abdominale. (Cas de *Demarquay*, *Lisfranc*, *Pozzi*, *Loir et Jacob*, *Semi*, *Rinfleisch*, *Peterson*, *Viana*, *Swiecicki*.) Et même les polypes fibreux de l'utérus ne sont-ils pas un autre exemple de la façon dont la matrice se débarrasse de ces corps étrangers ?

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Avant d'aborder l'étude anatomo-pathologique des fibromes gravidiques nécrobiosés, il nous semble indispensable de classer les faits. Tout d'abord nous écarterons tous les cas qui se rapportent à des pièces recueillies au cours du post-partum. Le processus nécrobiotique ne peut en effet y être observé à l'état de pureté car les circonstances de la puerpéralité, spécialement le risque d'infection constituent un apport étiologique nouveau. Ces réserves faites, il est vraisemblable cependant que dans nombre de cas, la nécrobiose a pris naissance pendant la durée de la gestation, puis elle a fourni pendant les suites de couches un terrain essentiellement favorable à l'infection, surtout lorsque le noyau mortifié siège au voisinage de la plaie placentaire.

D'un autre côté il n'est pas très facile d'isoler de la nécrobiose, certaines altérations anatomiques atteignant le tissu fibro-myomateux pendant la gestation, qui ont fait l'objet d'un important mémoire de Piquand et Lemeland. (Obstétrique 1910).

Ce n'est ni de la dégénérescence sarcomateuse rare d'ailleurs, ni de la dégénérescence kystique si tant est qu'elle existe vraiment, non plus même que des phénomènes si fréquents d'hypertrophie du fibromyome.

Cette hypertrophie bien établie cliniquement et anatomiquement semble résulter de la participation du tissu fibromyomateux jeune à l'hyper-activité gravidique de la circulation utérine.

A l'inverse, ce ne sont pas non plus les faits de nécrobiose totale avec teinte lie de vin généralisée ou présence de géodes remplies de substances plus ou moins diffluente, qui laissent l'observateur dans le doute.

Ces différents ordres de faits sont bien tranchés et faciles à classer.

Il n'en est pas de même quand par exemple, on se trouve en présence d'un fibromyome hypertrophié dans ses éléments musculaires lisses (Observation de Cornil), et dans ses fibres conjonctives, mais infiltré de sérosité, œdématié ; souvent dans ces cas les fibres musculaires sont dissociées et écartées les unes des autres soit par une infiltration séreuse, soit par un liquide colloïde qui peut se collecter en de véritables petites lacunes. Il n'est pas rare de trouver alors, à l'examen histologique, des fibres musculaires lisses hypertrophiées, gonflées et atteintes de dégénérescence granulo-graisseuses. D'autres fibres musculaires prennent mal les colorants et leur noyau spécialement est peu visible ou même est absolument effacé sur les préparations.

Dans de pareils cas, est-on en droit de parler de nécrobiose ? A l'examen macroscopique des pièces, il n'y a pas régression, mais au contraire hypertrophie du fibromyome. Et cependant l'histologie ren-

seigne sur des faits de structure qui semblent bien être une première étape de la mortification, que l'on peut suivre dans ses progrès sur différents points d'une même pièce.

D'un autre côté, un argument peut être tiré en faveur de cette interprétation par le fait clinique, mentionné dans la plupart des observations, que les accidents, qui ont motivé l'ablation de la tumeur se sont accompagnés d'une augmentation manifeste et rapide de son volume. Dans certains cas même décrits par Pozzi sous le nom de marche galopante des fibromes, l'allure est telle cliniquement que les douleurs aiguës et la cachexie rapide rappellent ceux qui caractérisent la nécrobiose. Rien ne s'oppose donc à ce que la nécrobiose soit précédée d'une phase d'accroissement du volume du fibrome qui correspondrait à son infiltration œdémateuse. Nous ne voulons pas dire que cette succession de phénomènes soit constante dans l'évolution de la nécrobiose des fibromes gravidiques, mais il semble que c'est là une des évolutions possibles et qu'on puisse interpréter ces faits comme des transitions vers la nécrobiose franche.

1° EXAMEN MICROSCOPIQUE

Lorsqu'on fait une laparotomie pour fibrome gravidique nécrobiosé, on tombe, en général en peritoine libre. Pas d'adhérences, pas de dépoli de la séreuse n'apparaît, et l'on est contraint d'invoquer le péritonisme pour désigner les phénomènes abdominaux, qui ont pu motiver l'intervention.

Plus rarement il existe des traces visibles de réaction péritonéale sous forme d'adhérence, de placards fibrineux, de brides en voie d'organisation. Enfin l'épiploon vient s'accoler à la tumeur, remplissant à l'ordinaire son rôle défensif.

L'aspect extérieur de la tumeur ne signifie rien, quant à l'état de sa substance. Elle peut ne différer en rien d'un fibrome banal, malgré un ramollissement central des plus avancés.

D'autres fois elle est rougeâtre, parcourue en surface par un réseau vasculaire très développé.

La pièce étant encore en place, on se rend compte de son siège par rapport à l'utérus. Toutes les variétés topographiques de fibromes sont susceptibles de subir cette dégénérescence. Les observations citent des faits de fibromes des faces, du fond de l'utérus, du segment inférieur. Le fibrome peut également être sous-péritonéal, sous-muqueux, interstitiel. Si l'on met à part les fibromes pédiculés, qui d'ailleurs sont parfois entourés d'une mince couche musculaire, il semble que les fibromes interstitiels sont, le plus souvent, en cause. Et cette disposition explique que le noyau fibromyomateux, bien que nécrobiosé et inerte, durcit au moment des contractions utérines puisque le muscle utérin l'encapsule.

Le plus souvent le fibrome est sessile, une large base d'implantation le rattache à la paroi utérine.

Le fibrome peut être rattaché à l'utérus par un pédicule. Le pédicule est le plus souvent épais et large, contenant de gros vaisseaux. On peut le trouver tordu, en général dans le sens des aiguilles

d'une montre, mais le degré de cette torsion n'est pas toujours très marqué, tel le cas de Ribemont-Dessaignes et Grosse 1904, dans lequel il n'est noté qu'un très léger mouvement de torsion. Par contre l'élongation du pédicule existe parfois. L'examen de ces cas de torsion, révèle des observations très démonstratives, à côté d'autres, où l'on semble s'être contenté d'une pathogénie facile, mais pas toujours très évidente de l'ischémie de la tumeur. Nous éliminerons de notre étude ces fibromes gravidiques à pédicule tordu dont l'étude a été mise au point par le mémoire de Piquand et Lemeland (1909).

Une fois la pièce extirpée, on étudie plus utilement ses autres caractères macroscopiques. Il faut les noter immédiatement sur la pièce fraîche car elle s'altère très rapidement. Sa forme est essentiellement variable et échappe à toute description d'ensemble ; son volume va de celui d'un œuf jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme et même plus.

La consistance est généralement diminuée. Au lieu de la fermeté des fibromes ou de la sensation de ramollissement élastique, caoutchoutée, des fibromes œdématisés par la grossesse, on a une impression de mollesse particulière, pseudo-kystique. Le doigt enfonce dans une masse pâteuse qui est entourée d'une coque plus ou moins épaisse. La fluctuation vraie peut parfois y être perçue. D'autres pièces présentent un aspect pseudo-kystique encore plus frappant et sont farcies de petites poches liquides. Enfin, dans d'autres cas concernant surtout des dégénérescences rouges, la consistance

est demeurée ferme, malgré l'état de nécrobiose avancée des tissus.

A l'observation de la tumeur on perçoit quelquefois une odeur fade, de poisson avancé, rappelant celle des substances aminées (Taylor).

La surface de section de la tumeur ne demeure pas plane, mais les parties non complètement nécrosées de la tumeur viennent bomber, comme si, à l'étroit dans leur capsule, l'élasticité de leur tissu tendait à les en faire sortir. L'aspect diffère suivant le degré de mortification, certaines pièces présentant surtout des changements de couleur, d'autres au contraire étant creusées de cavités, résultant de la désintégration du tissu nécrosé.

La coloration de la surface de section varie du rouge au jaune clair, au jaune chamois. Les auteurs de langue anglaise décrivent d'ordinaire sous le nom de « Red Degeneration » les faits de fibromyomes nécrobiosés ; ils attribuent la teinte rouge à la diffusion de l'hémoglobine mise en liberté par le laquage des hématies. Cette hémolyse serait due pour *Leith Murray* à l'action de lipoïdes ou granulations graisseuses en forte proportion soit dans les cellules musculaires, soit dans le tissu conjonctif. Il voit dans la proportion de ces lipoïdes la cause des variations dans la teinte de ces tumeurs.

Notons aussi l'opinion exprimée par *Ross et Hendrick* (1910) que la dégénérescence rouge fréquente pendant la gestation est causée par un des microbes hémolytiques (staphylo, strepto, diplocoque) qui avoisinent le fibrome (vagin, intestin) et peuvent infecter la paroi utérine.

Il semble que plus simplement les teintes regres-sives qu'elle offre, soient assimilables à celles que revêtent successivement les ecchymoses en voie de résorption.

En dehors de cette teinte rouge, chair musculaire « bifteck cru », existent des teintes moins vives, que les différents auteurs désignent de brunâtre, acajou (Bland Sutton), violacée, lie de vin, hortensia, feuille morte, ocre jaune, jaune chamois, verdâtre. Il faut ajouter que la teinte n'est pas toujours uniforme, mais qu'elle est souvent variée sur la même pièce qui est tachetée de points sombres qui ne sont autres que des foyers d'apoplexie.

Le tissu dégénéré peut tantôt conserver sa lobulation normale, tantôt au contraire prendre un aspect uniforme qui semble avoir perdu toute apparence d'organisation. Un stade de plus, et on aura une pulpe rougeâtre tendant vers la déli-quescence.

D'autres pièces diffèrent notablement de ce type. A la coupe, une substance grisâtre, d'un gris verdâtre puriforme s'écoule, d'une sorte de cavité en général assez petite pouvant contenir une noisette, une noix, une mandarine ou plus. Cette véritable caverne est anfractueuse, ses parois sont tomen-teuses, mamelonnées. Revêtues d'une sorte de bouillie jaunâtre, elles sont épaisses. Parfois des tractus fibreux traversent la cavité d'une paroi à l'autre. Cette géode est entourée d'une coque formée du tissu de la tumeur s'il s'agit d'un fibrome polylobulaire partiellement dégénéré ; si au contraire c'est un noyau fibromateux isolé qui est entiè-

rement dégénéré, il est entouré d'une capsule limitante contiguë au tissu musculaire de l'utérus. Il faut noter que les parties centrales du nodule sont beaucoup plus profondément dégénérées que la périphérie.

Sur la même masse fibreuse peuvent exister plusieurs géodes, de petit volume en général, dont la fusion va former une vaste cavité anfractueuse. D'autre part tout autour de la géode principale existent fréquemment de petits nodules, gros comme un pois, une lentille, une noisette plus ou moins altérés. Ils offrent l'aspect d'une petite masse de substance homogène, remplissant totalement une cavité creusée dans la masse du fibrome. Une limite très nette existe entre cette matière anhyste et le tissu fibreux, qui paraît sain avec son aspect grisâtre et ses travées fibro-musculaires.

Il existe enfin un autre type, le type pseudo kystique qui semble résulter de l'accumulation du liquide d'œdème, lequel dissocie et refoule les tissus jusqu'à former des cavités nombreuses d'un volume supérieur aux géodes, rempli de liquide clair, souvent teinté en jaune, parfois rose et qui prend parfois en gelée au contact de l'air. Le liquide peut même se présenter comme franchement hématique.

2° EXAMEN MICROSCOPIQUE

Lorsqu'on examine au microscope une coupe d'un fibrome gravidique nécrobiosé, on voit que chaque foyer, quelles que soient ses dimensions, offre à considérer d'une part la substance caséuse centrale, d'autre part la paroi.

a) Le centre du foyer contient une matière amorphe, absolument anhydre, dans laquelle aucun fait de structure histologique n'est plus visible, même aux forts grossissements. Cette matière se colore de façon inégale. Les coupes traitées selon le procédé de coloration de Van Gieson prennent à ce niveau une teinte rose uniforme. Dans de nombreux cas, il persiste une sorte d'orientation, de vague dessin fibrillaire ou fasciculé, parfois figurant des ondulations.

Il n'existe aucune autre formation ayant l'apparence de vaisseau au milieu de cette substance amorphe.

Il est fréquent d'y voir colorer de rares noyaux leucocytaires, ou des hématies, mais en tout cas on n'y trouve pas d'infiltration leucocytaire inflammatoire.

b) Les parois de la caverne nécrobiotique sont plus intéressantes à étudier car, à l'inverse de la substance amorphe leur aspect n'est pas univoque.

Dans certains cas, il y a une limite très tranchée entre la substance frappée de mort et la paroi de structure absolument normale. Ici s'entremêlent les fibres musculaires lisses pourvues de noyaux, bien colorés, coupées en travers sous des incidences variées ou se présentant en longs faisceaux. Souvent hypertrophiées et pourvues de vaisseaux nombreux, elles sont séparées par des fibres conjonctives moins abondantes en général.

D'autres pièces se présentent avec une structure moins nette. On ne voit pas de tissu fibromyomatueux indemne, mais au contraire des zones de pas-

sage se distinguent, dans lesquelles les fibres musculaires lisses prennent moins fortement les colorants, sont gonflées comme en état de dégénérescence hyaline. Les noyaux présentent des figures de pycnose, ou bien des lésions cellulaires sont encore plus profondes et c'est à peine si les cellules musculaires sont visibles. Des débris cellulaires existent çà et là, amorphes et déchiquetés. Malgré tout, l'infiltration leucocytaire n'existe pas. Il n'y a aucun aspect de processus inflammatoire.

Si l'on traite ces pièces au rouge Soudan ou avec tout autre procédé destiné à mettre en évidence les particules grasses, on constate que l'infiltration graisseuse est fortement prononcée. Elles se présente sous forme de gouttelettes graisseuses qui viennent s'agglomérer dans des sortes de fentes ménagées entre les fascicules musculaires et fibreux. Ces gouttelettes sont de différents volumes, agglutinées comme dans une émulsion.

Enfin dans d'autres cas, ce sont les lésions d'œdème qui dominent. Le liquide d'œdème infiltre les tissus, dissocie les fibrilles musculaires, les écarte les unes des autres. Dans certains cas il est tellement abondant que de véritables cavités pseudo-kystiques remplies d'un liquide colloïde peuvent en résulter. Mais jamais aucune assise cellulaire épithéliale n'est visible à ce niveau.

RECHERCHES BACTERIOLOGIQUES

Ces recherches sont indispensables si l'on veut démontrer scientifiquement l'aseptie de ces lésions. Malheureusement il n'y a qu'un très petit nombre

d'observations dans lesquelles elles ont été pratiquées avec toute la rigueur nécessaire. En dehors de la gravidité, Lecène, Barbouth, ont fait pratiquer ces examens. Pour les nécrobioses des fibromes gravidiques Sabrazès (observation de Chavannaz 1919) a fait l'étude du liquide contenu dans la géode. Il est puriforme mais aseptique. Les observations n° V et VII de cette thèse comportent des examens bactériologiques négatifs tant dans les examens directs que dans les cultures. L'observation n° V est même spécialement intéressante à cet égard puisque très près du fibrome, le liquide sero-hématique prélevé au niveau de la zone du décollement placentaire avait donné des cultures microbiennes positives. Sans vouloir tirer de ce fait une déduction prématurée, ceci est une preuve de plus en faveur de l'aseptie du processus nécrobiotique.

Il est nécessaire de mettre en relief la rareté remarquable de l'infection de ces noyaux nécrobiotiques pendant la durée de la grossesse et de l'opposer à la fréquence extrême de leur inoculation par des microbes aérobies ou naérobies dès que l'utérus s'est vidé de son contenu. Dans les observations qui ont servi à établir les bases de ce travail, il n'y a guère que l'observation n° XLV, recueillie par Martin, qui fasse exception à cette règle. Encore convient-il d'ajouter que l'infection de ce fibromyome semble avoir suivi la voie sanguine.

SYMPTOMATOLOGIE

1° **MODE DE DEBUT.** — Le début clinique de la nécrobiose des fibromes peut se manifester de façons diverses pendant le cours de la gestation. Il est peu probable que l'apparition des premiers symptômes concorde avec les altérations initiales des fibromyomes. Il semble, au contraire, qu'un degré déjà avancé de nécrobiose soit compatible avec une tolérance remarquable de l'organisme maternel. Il s'ensuit que cette lésion des fibromyomes est infiniment plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'à présent. Et, de fait, c'est bien ce qui se déduit de l'examen des coupes histologiques, lesquelles montrent des lésions plus avancées que celles constatées à l'œil nu.

Les modes de début peuvent être aigu, subaigu ou chronique.

a) *Aigu.* — C'est dans la généralité des cas des douleurs qui ouvrent la scène. Brusquement, sans avoir jamais souffert du ventre, la femme qui, jusque-là, a vu s'écouler sans incident son temps de gestation, est prise d'une douleur soudaine, vive, qui la contraint à s'aliter. C'est généralement du 3^e au 5^e mois que se produit l'accident, parfois, mais plus rarement, après le 6^e mois ou vers le 2^e mois. Quelques observations font remonter les douleurs à la cessation des règles.

Dans d'autres cas, cette douleur abdominale se

combine avec des phénomènes nauséeux et une élévation rapide de la température, pour donner une note péritonique à l'ensemble du syndrome. Enfin, dans des formes un peu particulières, la douleur était syncopale.

b) Subaigu. — Dans les cas à début moins violent, ce sont encore les phénomènes douloureux qui attirent l'attention vers la tumeur. La malade est prise de légères douleurs qu'elle localise au bas-ventre, mais auxquelles elle ne prend pas garde. Il faut la persistance de ces douleurs pour qu'elle s'en plaigne. Puis ces phénomènes pénibles prennent nettement le caractère de douleurs vives qui alarment la malade.

Dans le même ordre de faits entrent les formes à poussées successives, un autre mode de début bien spécial est celui qui consiste en une augmentation rapide de volume de la tumeur. En quelques jours on voit la paroi abdominale se distendre, la respiration devenir difficile par refoulement du diaphragme, des phénomènes de compression des organes vasculaires, nerveux et viscéraux se développer, et de très grosses erreurs de diagnostic peuvent en résulter. Cette hypertrophie ne va pas sans que se développent parallèlement des phénomènes douloureux et une altération de l'état général plus ou moins marquée. C'est le fibrome à marche galopante de Pozzi.

c) Chronique. — Les formes à début chronique ne sont possibles que si les douleurs sont atténuées. A vrai dire, elles sont beaucoup plus fréquentes que les précédentes, si l'on considère que lorsqu'on

examine avec soin les fibromes extirpés pendant la grossesse, beaucoup sont nécrobiosés, soit discrètement, soit de manière évidente, qui n'ont donné lieu à aucun accident clinique. Il aurait fallu, pour les dépister en rechercher spécialement les symptômes.

La femme se plaint bien d'une tumeur qui augmente de volume et qui lui donne quelques sensations pénibles quand elle est fatiguée, mais surtout elle se sent lasse, elle maigrit, elle s'anémie, son teint s'altère. Tous symptômes généraux qui n'apparaissent qu'à la longue et ne prennent d'importance que progressivement.

2° PÉRIODE D'ÉTAT

a) *Symptômes fonctionnels.* — La Douleur est un symptôme constant de la nécrobiose. Il est exceptionnel de le voir manquer et sa constance est telle, qu'il faut tenir pour douteux un cas clinique où il fait défaut. Elle se présente sous des aspects un peu variables, mais cependant revêt des caractères assez particuliers.

Nous avons noté les diversités de son mode d'apparition. Une fois établie, elle est, en général, assez vive, pour que la malade s'en plaigne spontanément. Elle peut être lancinante, plus souvent elle est sourde, profonde. Dans certains cas, elle détermine de l'hyperesthésie et de la contracture musculaire de défense, mais c'est qu'alors une réaction péritonéale s'ajoute à la nécrobiose. Cette douleur est fixe. C'est là son caractère le plus constant. Elle siège au niveau même du fibrome et est révélabale par la palpation ou le toucher, suivant le siège du

fibrome. De même, le palper combiné au toucher la réveille quand le volume de l'utérus ne s'oppose pas à ce procédé d'examen.

Peu ou pas d'irradiations douloureuses, tel est encore un caractère qu'il importe de retenir, car il permet de différencier les douleurs de compression nerveuse ou viscérale dues à l'hypertrophie d'un fibrome enclavé, de celles qui relèvent de sa dégénérescence.

La douleur n'est pas fugace. Une fois établie, elle dure. Elle persiste il est vrai, en général plus atténuée, supportable, en quelque sorte ; la malade est alitée et le repos plus que tous autres thérapeutiques a une action sur ces phénomènes. Néanmoins la palpation ou la mobilisation de la tumeur réveillent la douleur en son point d'intensité maxima, toujours fixe et précis.

L'apparition de la douleur attire l'attention de la malade sur son abdomen et c'est bien souvent pour elle l'occasion d'y découvrir une masse anormale dont elle ne soupçonnait pas l'existence.

L'augmentation de volume du fibromyome demeuré latent jusqu'à la gestation en raison de son petit volume ou de son indolence retentit sur l'état fonctionnel de la femme de façon notable. Sans parler de l'anxiété où elle plonge la femme qui voit s'accroître son ventre plus rapidement que ne le comport l'âge de sa grossesse, cette hypertrophie ne manque pas d'alarmer les parturiantes.

Elle n'est jamais tant accentuée que dans les cas décrits par Pozzi sous le nom de fibromes à mar-

che galopante, qui en imposent pour des tumeurs malignes.

La malade n'accuse cette augmentation de volume que de façon approximative en général exagérée. Elle se plaint par contre de phénomènes subjectifs, pesanteur de l'abdomen, tiraillements dans le ventre, phénomènes de compression de la vessie (rétention d'urine, dysurie, plus rarement incontinence), du rectum (exagération de la constipation habituelle aux femmes enceintes), des nerfs qui longent les parois du pelvis, ou les fosses iliaques, des vaisseaux enfin.

Enfin, il nous faut noter les phénomènes nauséux, les vomissements pas toujours sous la dépendance de réaction péritonéale.

b) *Symptômes généraux.* — Les symptômes généraux sont d'origine diverse. Les uns sont dus à l'augmentation de volume du fibrome qui retentit sur l'ensemble de la nutrition par l'intermédiaire des divers appareils atteints. En particulier, il ne faut pas oublier, que la tumeur volumineuse de l'abdomen constitue un obstacle circulatoire important, contre lequel le cœur finit par se fatiguer de lutter. Et la grossesse ne fait qu'imprimer un cachet spécial aux manifestations de l'insuffisance du myocarde.

Plus caractéristiques sont les signes d'altération de l'état général qui accompagnent si souvent la nécrobiose des fibromes.

Ces malades ont maigri souvent de façon assez notable, leur facies est altéré, le moindre effort les essouffle, les fatigue. Elles s'anémient et leurs tégu-

ments revêtent un teint jaunâtre (Chavannaz) assez particulier qui n'est tout à fait ni celui des chlorotiques, ni celui des cancéreux, ni celui des infectés, mais des véritables toxémies que sont ces sujets.

Pour certains, cette teinte jaunâtre serait assez particulière pour mériter de constituer, associée aux douleurs et aux poussées fébriles, une véritable triade symptomatique, en l'absence de l'écoulement sanieux.

L'amaigrissement, l'altération du facies, sont évidemment des symptômes de résorption toxique. Il convient d'y ajouter des crises de diarrhée.

Les symptômes fébriles varient dans une large mesure et ne semble nullement en rapport avec l'intensité de la douleur. Dans certains cas, elle est très vive, atteignant 39°, mais généralement, elle ne s'y maintient pas ; elle peut être la traduction d'une crise de péritonite authentique ou plus souvent d'une réaction péritonéale sans substratum organique, véritable péritonisme.

Plus souvent, la température est très modérée, à 37°4, 37°7, méconnue de la malade. Quand on la prend soigneusement, on la constate en général variable et irrégulière, mais continue. Il y a là, comme l'a dit Lecène, à propos de la nécrobiose des fibromyomes en dehors de la gestation, et cette remarque peut s'appliquer pendant la gestation, un exemple de fièvre aseptique de résorption. Les épanchements sanguins notables en voie de résorption, les tissus contusionnés et mortifiés aseptique-

ment, les injections aseptiques d'albumine hétérogène (sérum) peuvent donner naissance à des accidents fébriles d'ailleurs légers et passagers, sans modification du pouls, sans atteinte sérieuse de l'organisme. Il est probable que dans le cas particulier des fibromes nécrobiosés, lie de vin, cette fièvre modérée lorsqu'elle existe, reconnaît justement comme cause la résorption du sang extravasé et des déchets cellulaires provenant du tissu atteint de nécrobiose aseptique ».

Cette fièvre aseptique est un symptôme de très haute valeur semeiologique lorsqu'on la constate en dehors de toute annexite et de toute autre infection.

L'examen des urines révèle dans certains cas un peu d'albuminurie, sans doute d'origine toxique. On fera bien de rechercher la glycosurie. Elle a été signalée récemment par MM. Gaujoux, Sery et Fiole, coïncidant, en dehors de la grossesse, il est vrai, chez une fibromateuse avec de l'hyperthermie. L'hystérectomie eut, entre autres résultats, celui de faire disparaître les deux symptômes.

c. — Signes physiques. — Les signes qui traduisent les altérations nécrobiotiques des fibromes dépendent des modifications de leur volume et de leur consistance, et indirectement des signes de réaction péritonéale surajoutée.

L'inspection de l'abdomen n'indique qu'une augmentation de volume du ventre. Mais elle n'a d'intérêt qu'autant que l'on a la notion de l'âge précis de la gestation et du volume du fibromyome avant la suppression des règles ou avant l'apparition des

accidents douloureux. Cette distension de l'abdomen peut être parfaitement régulière et uniforme comme dans le cas de réaction péritonéale associée. Mais d'autres fois par contre, le fibrome peut déformer un côté de l'abdomen, fosses iliaques ou flancs ou même bomber en haut et en avant, simulant vers le cinquième mois de la gestation un utérus à terme.

La percussion révèle une tumeur mate comme un fibrome banal.

La palpation est en général rendue un peu plus difficile que de coutume, en raison de la sensibilité particulière de la tumeur. Malgré cela, dans le cas non compliqué de réaction péritonéale, il n'y a pas de contracture de défense.

Il va de soi qu'elle constitue le mode d'investigation clinique, dont on tirera les données relatives au volume, à la forme, à la situation par rapport à l'utérus, à la mobilité au mode d'insertion à l'utérus (fibrome sessile ou plus ou moins pédiculé).

Bien que dégénérées, ces masses fibromyomatenses ne diffèrent pas des fibromes ordinaires dans leur façon de se comporter au moment des contractions rythmées de l'utérus gravide. La plupart d'entre eux durcissent au moment des contractions, devenant en même temps plus saillants ; ce qui se conçoit, puisque d'une part ils sont souvent intramuraux et entourés d'une couche de muscle utérin, et que d'autre part, la dégénérescence est loin d'être toujours totale.

D'autres, sous-séreux nettement pédiculés, trop

indépendants du myomètre restent inertes malgré ces contractions. Les particularités de ces fibromes dégénérés sont plus intéressantes. C'est d'abord leur sensibilité, très spéciale qui persiste longtemps, même quand les crises douloureuse se sont calmées par la glace et le repos au lit. Un fibrome qui d'indolore, devient sans cause, sensible à la pression, doit être tenu pour suspect et la malade traitée en conséquence.

En dehors de cette sensibilité, les examens en série, répétés à quelques jours d'intervalle, permettent d'apprécier exactement le degré de l'accroissement de volume. C'est ainsi qu'il est fréquent de voir la tumeur doubler de volume en très peu de temps, et de nombreuses observations notent des accroissements encore plus considérables.

En outre, ces tumeurs se ramolissent. Il ne s'agit pas du ramollissement si fréquent des fibromyomes hypertrophiés et œdématiés par la grossesse (encore que la question des rapports de ces altérations avec l'apparition de la nécrobiose, mériterait d'être revue de près comme on l'a vu plus haut). Le ramollissement que l'on perçoit à des degrés divers, est dû à la fonte de la substance même du fibrome qui devient moins ferme, et de dure prend une consistance de caoutchouc puis devient semi-liquide et visqueuse. Cette substance est contenue dans une coque conjonctive qui en fait une sorte de kyste. Cette succession de phénomènes fait mieux comprendre les différentes sensations tactiles perçues, qui passent de la fermeté à peine modifiée du fibrome jusqu'à la consistance rénitente, pseudo-

fluctuante même. Volume de la poche, épaisseur de ses parois, multiplicité des géodes constituées et des foyers en voie de ramollissement, sont des facteurs qui, par leurs combinaisons, donnent au symptôme ramollissement de la tumeur une note variable.

Ajoutons que le ramollissement des fibromyomes nécrobiosés n'est pas constant et que certains fibromes en voie de dégénérescence rouge ou de nécrobiose partielle, conservent la fermeté du fibromyome normal.

Le toucher vaginal, le toucher rectal au besoin, donnent des renseignements tout à fait comparables à ceux de la palpation. La sensibilité, l'augmentation de volume, le ramollissement des noyaux ne pourront être appréciés que par ces procédés et ceci de façon plus précise que par la paroi abdominale.

Cette remarque est encore plus juste en ce qui concerne le toucher combiné au palper, lorsque l'utérus n'obstrue pas la circonférence du détroit supérieur. Dans ce cas il est possible de déprimer la paroi du fibrome entre le doigt vaginal et la main abdominale posée à plat, et d'apprécier mieux que par tout autre procédé, le degré de son ramollissement. Mais ce toucher-palper n'est applicable qu'aux tumeurs latérales et antérieures, bas situées.

3^e EVOLUTION. — Le début des accidents cliniques liés à la nécrobiose s'échelonne de façon variable dans la première moitié de la grossesse.

L'évolution en est dans la suite progressive, mais d'une marche assez capricieuse. Le plus souvent on a affaire à une petite crise douloureuse qui se calme ensuite, sans s'effacer tout à fait, et dure jusqu'à la fin de la grossesse. Dans d'autres cas, exceptionnels, l'accès douloureux devient tel que l'on est contraint d'intervenir d'urgence sur un diagnostic inexact le plus souvent. D'autres fois ce sont les signes généraux qui aggravent le tableau et incitent à faire l'ablation d'une tumeur réputée maligne. Mais à côté de ces faits sérieux, il paraît exister de très nombreux cas bénins que les observations récentes, tendent à mieux mettre en évidence. On les retrouvera au chapitre des formes frustres.

L'évolution d'ailleurs se déroule de façon irrégulière. On assiste à des phases de crise et d'accalmie qui se succèdent à intervalles inégaux.

A. — INFLUENCE DE LA NECROBIOSE SUR LA GROSSESSE

as La grossesse peut aller à son terme malgré l'existence d'un fibrome nécrobiosé. Le fait est hors de doute, et les observations anciennes se rapportant à des cas de cette sorte, et décrivant des pièces d'autopsie dans lesquelles on reconnaît des lésions de nécrobiose infectée après l'accouchement et transformée en de véritables lésions gangréneuses. Mais bien que ramolli, le fibrome n'en est pas moins dystocique. La plupart des faits anciens se sont terminés de ce chef par des interventions obstétricales, nécessairement septiques, entraînant une péritonite purulente ou une septi-

cémie suivie de mort rapide, et de constatations nécropsiques où l'on découvre la mortification des parties centrales du fibromyome.

b) La grossesse peut être interrompue à une période quelconque de son évolution. L'avortement ou l'accouchement prématuré est alors précédé d'accidents bruyants avec douleurs vives, souvent d'une crise de péritonite toxique qui déclenchent les contractions expulsives. Il est intéressant de noter le mécanisme particulier d'accouchement prématuré, qui a présidé à celui de l'observation n° V qui n'aurait pas manqué de se faire sans une laparotomie, opposée aux accidents extrêmement graves qui menaçaient. Le placenta s'insérait sur une zone correspondant au fibrome nécrosé, c'est en ce point qu'un décollement placentaire partiel s'était produit et qu'un liquide sero-hématique fétide et infecté de streptocoques s'était collecté. Les villosités placentaires étaient sphacélées alors que l'œuf d'une part, le fibrome de l'autre, étaient demeurés absolument aseptiques.

Il sortirait du cadre de cette étude de décrire les complications post-abortum ou post-partum des fibromes nécrobiosés. Il suffira de dire qu'elles sont fréquentes et très graves pour peu que le tractus génital soit infecté. Le fibrome déforme la cavité utérine et favorise la rétention. Son état de nécrobiose fait que au voisinage d'une surface cruentée, infectée, existe un milieu de culture essentiellement favorable à la pullulation des microbes aérobies et anaérobies. Suppuration et surtout gangrène vraie en sont l'aboutissant fatal.

B. — INFLUENCE DE LA NECROBIOSE SUR LE PRODUIT DE LA CONCEPTION

Lorsque le fibrome ne gêne pas mécaniquement l'expansion de la cavité utérine, que nécessite le développement de l'œuf, il ne semble pas que les altérations même profondes et étendues de sa substance retentissent gravement sur le fœtus. Les preuves en peuvent être données par l'examen des enfants nés à terme en excellente santé. Si la nutrition du fœtus est déficiente c'est plutôt en raison de l'état général de la mère que directement par le fait du voisinage du fibrome nécrobiosé.

FORMES CLINIQUES

C'est aller à l'encontre de la clinique que de grouper en un même tableau l'ensemble des symptômes, dont l'origine réside dans la mortification aseptique d'un fibrome gravidique. Aussi est-il nécessaire de compléter l'étude analytique des symptômes, par un exposé des façons diverses, dont en fait ils se groupent.

a) **Formes suivant les symptômes**

1) *Formes latentes.* — Il existe des formes latentes, surtout mentionnées par les auteurs anciens, et dont la plupart ont été des découvertes d'autopsie. Les observations ne parlent pas de phénomènes douloureux quelconques pendant la grossesse, ce qui paraît anormal, étant donné l'étendue des lésions. La remarque vaut également pour un

nombre encore plus important d'observations, que nous avons écartées, parce que les lésions décrites ressemblent à de la nécrobiose infectée et transformée en gangrène.

2) *Formes frustes.* — A l'opposé de ces faits, il faut isoler sous le nom de formes frustes celles qui donnent lieu à un minimum de symptômes fonctionnels, passant inaperçus ou à peine accusés par la parturiente, bien que la nécrobiose ait déjà détruit une notable quantité de tissu.

Ces faits sont appelés à devenir communs. Déjà les myomectomies pratiquées au cours de la grossesse montrent combien sont fréquentes ces nécrobioses qui ne se traduisent pas par des symptômes bruyants. Il faut rechercher ces lésions. La femme ne s'en plaint pas. Tenir en observation toute parturiente, porteuse d'une tumeur fibreuse qui est simplement sensible à la pression, prendre sa température, dépister par un examen soigné des urines, un dosage d'urée, des examens hématologiques les symptômes frustes de toxémie, telle doit être la ligne de conduite. Peut-être bien même la résorption des corps toxiques libérés par la fibrolyse, produit-elle dans l'organisme des réactions humorales, qui seraient à rechercher.

De toute façon ces formes frustes ne sont pas très graves en général. Elles indiquent seulement une surveillance de la parturiente, l'institution d'un traitement médical d'attente.

L'action chirurgicale sera réservée pour plus tard, et ne sera mise en œuvre, que si des accidents alarmants se produisent.

3) *Formes péritonéales.* — A l'opposé des formes précédentes, les formes péritonéales se manifestent de façon extrêmement bruyante, réalisant au complet le syndrome de la péritonite. Début par une douleur vive au niveau de la tumeur, mais très rapidement diffusée. Vomissements, arrêt des matières et des gaz. Facies grippé, péritonéal. Elévation de température qui peut atteindre 38°5-39°. Le ventre se ballonne, devient tendu, et ce météorisme s'oppose à la perception de la tumeur, ce qui contribue à rendre hésitant le diagnostic.

Dans certains cas à l'ouverture du ventre, on constate des lésions de péritonite plastique, avec parfois un léger épanchement aseptique ; si la lésion est plus ancienne, des brides fibrineuses ont eu le temps de s'organiser et il faut les sectionner entre deux ligatures. L'épiploon participe bien entendu à ce processus de défense.

Dans d'autres circonstances au contraire, malgré la constatation d'un syndrome péritonéal typique, la laparotomie montre un péritoine libre et sain sans rougeur. On parle dans ces cas de phénomènes de résorption toxique, auxquels le péritoine participerait et que l'on étiquette péritonisme. Dans ces cas les accidents cliniques sont éphémères et s'effacent de façon à peu près complète.

b) **Formes anatomo-pathologiques**

La description d'ensemble ci-dessus, envisage surtout les cas de nécrobiose simple ; nous avons vu que cette complication régressive des fibro-

myomes gravidiques est susceptible de se développer suivant un cours aigu, subaigu ou chronique. Il nous semble que la forme la plus commune est la forme chronique.

Mais le processus de nécrobiose des fibromes n'est point univoque. Il semble bien au contraire, en conférant les observations, que toutes ne tiennent pas dans le même cadre. Et nous croyons qu'il est légitime d'individualiser certaines variétés anatomo-pathologiques.

A) *Les fibromes gravidiques à pédicule tordu* en réalisant un premier exemple. Leur histoire a fait l'objet dans ces dernières années des travaux de Berniole, de Bas, de Blanchard, du mémoire de Piquand et Lemeland, qui met au point l'ensemble de la question. Aussi suffira-t-il de marquer la place qui leur revient dans l'histoire de la nécrobiose des fibromyomes gravidiques.

La torsion peut être lente ou aiguë. Le plus souvent elle est lente. Elle se traduit par une modification de la position et de l'orientation de la tumeur, une diminution de sa mobilité, une augmentation relativement rapide de son volume, un ramollissement de sa consistance ou au contraire une fermeté accrue, une sensibilité plus grande à la pression.

Cette forme lente est en général plus bénigne que la forme aiguë, qui se traduit par une douleur abdominale violente en coup de poignard, synopale.

Très rapidement après ces phénomènes initiaux,

se développe un syndrome d'occlusion intestinale avec météorisme marqué, vomissements tendant à devenir fécaloïdes, avec état de collapsus cardiaque.

L'évolution spontanée est variable, et le plus souvent, la mort survient rapidement par péritonite précédée ou non d'avortement.

D'autres fois une rémission se produit et l'affection évolue par crises ou par rechutes.

Il faut ajouter que c'est la forme lente presque uniquement qui est susceptible de donner lieu à des foyers de nécrobiose, tandis que les torsions aiguës produisent des infarctus, des zones apoplectiques, des zones d'infiltration sanguines, au milieu de tissus œdédiés.

Au surplus, ce n'est pas dans les torsions qu'on trouvera les lésions les plus typiques de nécrobiose, ce qui semble un peu paradoxal tant le mécanisme de l'ischémie paraît s'imposer à l'esprit. L'explication en a été donnée plus haut, elle réside dans le fait que les veines du pédicule, aux parois minces voient s'effacer leur lumière bien avant que les parois artérielles plus résistantes aient cédé à la pression.

B) La *dégénérescence rouge* des fibromyomes pendant la gestation constitue une variété anatomopathologique de nécrobiose sur laquelle les auteurs de langue anglaise ont surtout insisté. Cliniquement elle diffère assez peu de la nécrobiose simple et ne mérite guère d'en être isolée. Peut-être cependant les formes aiguës, douloureuses,

avec douleur syncopale (cas de Legrand et Baron) seraient-elles plutôt son fait.

C) Il reste à mentionner les *fibromyomes à marche galopante* dont a parlé Pozzi. La grossesse est, plus que tout autre état organique, l'occasion du « développement exagéré de la masse morbide, qui amène la mort de la malade non pas tant par l'hémorragie que par les phénomènes de compression et de dénutrition qui en résultent. »

Les phénomènes de compression sont au maximum, tous les organes abdomino-pelviens en souffrent. Les viscères creux, rectum, intestins, uretères, vessie, ont leur fonctionnement considérablement gêné. Le diaphragme est refoulé et la dyspnée est marquée. Le cœur est astreint à lutter contre un obstacle subitement dressé et une insuffisance cardiaque aiguë peut en résulter. Il semble que la résultante de ces divers troubles soit cette grave atteinte de l'état général dont parle Pozzi. Les phénomènes toxémiques ne paraissent pas jouer un rôle manifeste, car les lésions sont rarement très dégénératives.

• COMPLICATIONS

Il sortirait des limites de notre étude d'envisager les complications qui surviennent après l'accouchement ou l'avortement. Ce sera assez de rappeler l'effroyable mortalité que comporte encore à l'heure actuelle l'avortement se surajoutant à un fibromyome nécrosé. C'était toujours, et c'est encore souvent, l'inoculation microbienne, suivie de

gangrène de la tumeur ramollie, entraînant la mort.

Pendant le cours de la grossesse, les complications sont plus rares. Il existe quelques observations exceptionnelles d'isolement des fibromes dans la cavité abdominale et d'expulsion successive par un organe creux, rectum (obs. H. Swiecicki, 1901) ou même par l'ombilic après suppuration de la masse fibromateuse, ou après calcification. Dans d'autres cas le fibromyome nécrobiosé peut s'infecter pendant la durée de la gestation.

Le fait ne paraît pas fréquent tant que l'œuf contenu dans l'utérus en fait une cavité close.

Les poussées de péritonite plastique ont été déjà notées et sont assez banales.

Ajoutons-y la thrombo-phlébite périutérine avec phlegmatia alba dolens, comme dans notre observation n° V.

Quant à la suppuration franche et à la gangrène avant l'accouchement, pour rare qu'elle soit, le fait existe incontestablement. L'observation de Martin (n° XLV) en est la preuve manifeste.

DIAGNOSTIC

Après le tableau clinique ci-dessus on croirait que de nombreux symptômes vont faciliter le diagnostic. Et lorsqu'on lit les observations un peu anciennes on aurait tendance à s'étonner qu'on ait si longtemps passé à côté du diagnostic.

Deux ordres de faits sont susceptibles d'expliquer la chose. C'est que d'une part il n'y a pas de signe pathognomonique de cette complication, et que ce n'est que sur un groupement symptomatique que le diagnostic doit être établi.

D'autre part, cette absence de syndrômes spécifiques, est aggravée du fait que bien souvent les signes sont effacés, frustes, qu'ils demandent à être recherchés.

Dans la majorité des cas, le diagnostic est donc loin de s'imposer.

Les auteurs modernes qui se sont occupés de la question, en dehors de la grossesse à vrai dire, ont essayé de grouper les symptômes. C'est ainsi que Bégouin écrit tout récemment que « le sphacèle aseptique se traduit par une véritable triade symptomatique: 1° de la douleur; 2° une augmentation brusque du volume de la tumeur coïncidant avec une diminution de sa consistance; 3° une altération de l'état général.

Dans le cours de la grossesse, le même groupe-

ment n'a pas de valeur et l'on ne peut compter ni sur l'augmentation de volume, ni sur le ramollissement qui passent pour des phénomènes banaux. Et, semble-t-il, *le faisceau de signes à retenir est le suivant : tumeur parautérine douloureuse, coexistante avec : tumeur para-utérine douloureuse, coexistante avec l'état général (ceci bien entendu en l'absence de toute autre cause générale ou locale)*; aussi bien lorsqu'on a reconnu un fibromyome avant la grossesse, le tiendra-t-on pour suspect de nécrobiose lorsqu'à l'occasion d'une grossesse on le verra devenir sensible.

Diagnostic différentiel

1° *Reconnaître la grossesse.* Une première et capitale erreur de diagnostic consiste à méconnaître la grossesse. Plusieurs observations en font foi (obs. Cornil-Péan, 1893 — obs. Demons et Binaud, 1898). La chose est surtout grave lorsque dans l'intention de parfaire l'examen clinique d'un fibrome à croissance trop rapide on méconnaît la grossesse concomittante, et on cathétérise la cavité utérine (obs. n° I).

Les erreurs peuvent s'expliquer par la rapidité d'expansion de la tumeur fibreuse, plus grande que celle d'un utérus gravide.

2° *Le diagnostic différentiel* proprement dit se pose dans des conditions diverses, suivant l'allure du syndrome :

a) *Lorsque les troubles de l'état général prédominent*, et coexistent avec une tumeur abdominale à développement rapide, le diagnostic s'oriente

naturellement vers l'idée de tumeur maligne. C'est le cas pour les fibromes à marche galopante.

Worship avait diagnostiqué tumeur maligne de l'ovaire, *Zweifel* (1898) sarcome de l'utérus, *Du-play* et *Delbet* (1892) croyaient trouver une tumeur maligne de la paroi abdominale antérieure (*Bouffe*) écartant l'hypothèse de fibrome et même de grossesse pensait à un kyste ovarien malin.

Non moins instructive est l'observation de *Mouchotte* (1911) qui, à un moment donné, discute la possibilité d'une rate hypertrophiée avec leucémie myéloïde et élimine ce diagnostic par une numération globulaire, pense à un kyste hydatique abdominal, mais il n'y a pas d'éosinophilie, enfin se rallie à l'hypothèse de fibrome.

De cette discussion diagnostique, rapprochons celle de l'obs. n° XLIV. de *Vincent-Rouvier*. Il s'agissait d'une tumeur fibreuse ayant acquis chez une femme enceinte de cinq mois un volume considérable qui donnait les sensations de fluctuation et de flot parfaites. Le diagnostic entre kyste ovarique et fibromyome en dégénérescence kystique par nécrose centrale fut assuré par la constatation des contractions simultanées de la tumeur et de l'utérus, ceci malgré la minceur de la coque périphérique qui n'était plus que de 4 à 12 millimètres.

b) Le plus souvent ce sont les signes locaux pelvi-abdominaux qui attirent l'attention, et lorsque le tableau clinique manque de caractères tranchés, le diagnostic peut être très difficile.

Kyste de l'ovaire suppuré (*Kurkenberg*, 1862) ou à pédicule tordu (*Bland-Sutton*, 1906) (*Chavannaz*,

1910) (*Delmas*, 1919), salpingite avec pelvipéritonite (*Devé*, 1922), appendicite aiguë (*Legrand*, 1912), telles sont les affections avec lesquelles les confusions ont été habituelles.

Toutes en effet réalisent le syndrome, tuméfaction douloureuse croissante et s'accompagnent de fièvre.

Il faut donc faire état des signes cliniques bien connus de chacune de ces affections, et s'efforcer de les mettre en évidence.

En dehors de ces signes différentiels, le diagnostic du fibrome nécrobiosé, repose sur la connaissance précise de l'histoire de l'affection, sur la mise en évidence des signes de dépendance de l'utérus. C'est affaire de nuances cliniques pas toujours faciles à dépister.

Une des erreurs de diagnostic les plus fréquentes, est celle qui consiste à prendre un fibromyome nécrosé pour une grossesse ectopique, en état de manifestation clinique (avortement tubo-abdominal, rupture, fissuration, perforation, décollement de l'œuf à l'intérieur de la trompe, donnant lieu à un hématosalpiux). Il faut avouer que le diagnostic peut être malaisé et que la mise en évidence des signes différentiels est affaire de nuances cliniques à apprécier. C'est dans de semblables cas que la recherche des « petits signes de la grossesse extra utérine » (*Metzger*), sera importante, permettant de mettre en valeur des symptômes d'ordre hémorragique, états syncopaux, lipothymies, perte de connaissance, rapidité du pouls, état nauséux, pâleur. Enfin si l'on soupçonne qu'un

épanchement sanguin intra-péritonéal a pu se produire, il sera peut-être permis d'essayer de le contrôler par une ponction exploratrice prudente du Douglas par voie vaginale.

Enfin la possibilité d'une confusion avec une grossesse gemellaire est à citer puisque l'observation d'Ischwall rapporte que le diagnostic de grossesse trigemellaire avait été mis en doute dans un cas particulier. Il semble qu'un examen attentif doive éviter une semblable erreur.

Un des diagnostics les plus délicats est certainement celui entre un fibrome simplement augmenté de volume et ramolli par la grossesse et une forme fruste de nécrobiose du fibrome. L'augmentation de volume, le ramollissement sont des symptômes communs aux deux cas. La différenciation repose sur la mise en valeur de la douleur provoquée, précisément au niveau du fibrome, et des symptômes généraux de toxémie. Ceux-ci sont souvent bien légers et l'on conçoit combien l'hésitation peut être légitime.

PRONOSTIC

Le pronostic des fibromes gravidiques nécrobiosés est très différent selon que l'affection est abandonnée à son évolution spontanée ou qu'on intervient.

A) *Abandonnée à elle-même*, on peut considérer que c'est une affection sérieuse, la crise aiguë 1 fois passée, l'affection n'en continue pas moins à progresser sournoisement, altérant pour le moins la santé générale de la malade et retentissant par contre coup sur le développement de l'œuf. Mais en dehors de cet effet indirect de la résorption, dans le sang maternel, des produits toxiques de la masse nécrobiosée, le fœtus peut souffrir plus directement.

Le fibromyome dégénéré, souvent interstitiel, détermine fréquemment des contractions utérines qui suffisent à expulser le fœtus, ou bien c'est par un mécanisme qui a pu être saisi sur le vif (obs. n° V) de décollement du placenta inséré sur l'aire du fibromyome que se produit l'arrêt de la gestation.

Cet avortement ou cet accouchement prématuré n'est pas seulement fatal au fœtus, il constitue aussi un grave danger pour la mère. Car s'il est exceptionnel que la masse en état de nécrose aseptique s'infecte pendant la gestation, par contre c'est la règle que une fois l'utérus vide de son contenu.

Ceci était vrai jadis avant l'ère pastorienne, et la mortalité était effroyable, atteignant tout près de cent pour cent. Gangrène du tissu fibromateux, perforation utérine secondaire, septicémie, péritonite purulente généralisée enlevaient la malade fatalement.

Aujourd'hui encore, bien que le tableau soit moins sombre et la thérapeutique mieux armée à cet égard, la présence d'un fibrome utérin, spécialement sous-muqueux, même non nécrosé, constitue un facteur de gravité très important dans les suites de fausses couches, et une indication à l'hystérectomie (cas de Mauclairé, de Lecène, etc.).

Lorsque la grossesse va à terme avec un fibrome nécrobiosé, sa présence aggrave le travail qui est souvent prolongé, elle aggrave surtout les suites de couches qui devront être surveillées très attentivement, spécialement si des manœuvres intra-utérines ont été pratiquées.

B) *Si l'on intervient chirurgicalement*, tout change dans ce pronostic qui s'améliore de façon considérable. Bien entendu nous n'envisageons ici que les indications et techniques actuelles, sans tenir compte des résultats presque toujours mortels de l'époque où l'on pratiquait l'avortement si grave de conséquences, et où la laparotomie était suivie fatalement d'une péritonite purulente.

Actuellement le pronostic est infiniment meilleur pour la mère. Et cependant, il ne faut pas perdre de vue qu'une laparotomie pour fibrome, même pratiquée dans les conditions les meilleures, comporte toujours un certain risque, évalué à 4 ou 5 0/0.

Il résulte des difficultés opératoires, des adhérences, des hémorragies possibles, de la péritonite, qui se voit encore, bien qu'exceptionnellement, des embolies massives qui tuent subitement et inopinément, de la phlegmatia alba dolens.

Quant au pronostic fœtal, il reste encore assez réservé. La myomectomie peut, en effet, provoquer l'avortement. Enfin, il est des cas dans lesquels, après avoir épuisé tout autre thérapeutique, les symptômes s'aggravent de telle sorte que la vie de la femme est mise en question. Il ne peut plus être question de temporisation, on a la main forcée par les événements.

On est alors contraint de pratiquer une laparotomie avant l'époque de viabilité fœtale, suivie de myomectomie, et même dans certains cas exceptionnels d'ailleurs, une hystérectomie.

TRAITEMENT

Parmi les indications opératoires qu'offrent les fibromyomes utérins pendant la durée de la gestation, les auteurs contemporains se sont surtout attachés à rechercher celles qui se rapportent aux probabilités de dystocie par obstruction pelvienne. Les dégénérescences des fibromes sont bien mentionnées, mais de façon très vague, et en confondant dans une même énumération les dégénérescences œdémateuse, kystique, sarcomateuse, la nécrose, le sphacèle, la gangrène, la suppuration. On ajoute, il est vrai, laissant ouverte une large porte aux précisions à venir, que si l'expectation pendant la grossesse doit être la règle, par contre l'intervention devient légitime s'il survient des accidents graves menaçant directement la vie de la femme, ou si ces accidents sont imminents et inévitables. C'est l'expression même du bon sens, encore faut-il préciser dans quelles conditions on aura pour le cas particulier de la nécrobiose, à appliquer ces principes.

Il importe donc de placer la nécrobiose des fibromes pendant le cours de la grossesse à la place qu'elle mérite. Sans être fréquente, la nécrobiose n'est point une affection exceptionnelle. C'est pendant la durée de la gestation qu'on l'observe à l'état de pureté. Le simple fait qu'elle pose parfois la

question de l'intervention urgente, ç'en est assez pour qu'on n'ait pas le droit d'en ignorer l'existence.

Au contraire, la suppuration vraie, la gangrène authentique du fibrome existent à peine pendant la gestation, tandis que c'est l'inverse pendant les suites de couches et surtout de fausses couches.

Les observations relatent quel genre d'opération a été pratiqué, mais peu d'auteurs modernes se sont occupés de la question du traitement en général. La discussion à propos du cas de P. D. *Turner* à la Société Royale de Londres, en 1910, et le mémoire de *Chavannaz* au Congrès français de Chirurgie, en 1919, sont parmi les plus intéressants à ce sujet.

Les données des observations colligées et surtout la ligne de conduite tenue dans les observations originales de cette thèse seront la base que l'on prendra pour tracer le chapitre de thérapeutique. On étudiera successivement les méthodes thérapeutiques, leurs indications, leur technique, leur résultat.

A) *Parmi les méthodes thérapeutiques* utilisables, il en est qu'il faut bannir absolument. Ce sont les méthodes obstétricales pures, quelque paradoxale que paraisse la chose. L'avortement artificiel, l'accouchement prématuré provoqué sont simples et logiques en théorie puisqu'on supprime ainsi le facteur originel de la complication fibromateuse. Malheureusement, les résultats ont démontré surabondamment les méfaits graves de ces interventions. Le danger est multiple, d'hémorragies, de rupture

utérine, de prolongation du travail, d'infection puerpérale. N'oublions pas que l'utérus renferme dans sa paroi tout près de sa muqueuse si favorable à la pullulation microbienne, une petite masse de substance désintégrée essentiellement propice au développement de la gangrène ou de la suppuration.

Nous rappellerons entre autres la statistique de *Kelly*, celle de *Kirchheimer* qui indiquent une mortalité de 40 0/0 ; celle de *Troell*, 41,2 0/0, encore ne s'agit-il que de fibromes normaux. Pour les fibromes nécrobiosés, nous avons relevé douze cas dans lesquels un avortement précéda la constatation des lésions, neuf fois la mort en résulta. Les trois guérisons concernent des cas hystérectomisés ultérieurement pour parer aux accidents septiques.

Par analogie avec ces faits d'expérience, et pour éviter le même danger d'infection, on n'aura pas recours aux environs du terme de la grossesse aux opérations obstétricales (accouchement prématuré provoqué, version, forceps) et ceci est d'autant plus fondé que l'on aura à opérer des femmes en travail depuis déjà un certain temps et dans des conditions très défavorables. Les neuf cas que nous avons relevés concernent des dystocies à terme pour fibrome et gestation. L'autopsie qui termine chaque observation rapporte qu'on a trouvé un utérus contenant une masse nécrosée et infectée, ayant dans plusieurs cas les caractères de la gangrène. Il semble que l'on puisse interpréter ces faits comme des cas de nécrobiose infectée lors des

suites de couches. La mort résulte le plus souvent de péritonite purulente ou de septicémie.

La condamnation des procédés obstétricaux purs pour ces cas de nécrobiose s'étend aussi aux manœuvres de désenclavement du petit bassin. Comme on ignore les connexions exactes de la tumeur avec les organes du petit bassin, et même avec l'utérus lui-même, le danger est grand de déchirures internes, de rupture utérine. Il faut donc rejeter toutes ces manœuvres de reposition du fibrome, même et surtout sous anesthésie générale. La douleur supprimée, l'opérée ne peut plus s'opposer aux manœuvres réductrices parfois brutales, toujours aveugles et dangereuses.

Ayant éliminé toutes ces méthodes sur les dangers desquelles on ne saurait trop insister, il reste à envisager maintenant de quelles armes dispose l'arsenal thérapeutique. Elles sont de deux ordres, médicales ou chirurgicales, ces dernières, cela va sans dire, seules vraiment efficaces dans les cas critiques.

Le *traitement médical* comporte d'abord le repos. On ordonnera à la moindre alerte le repos au lit complet. Suivant l'allure des phénomènes et leur localisation, on conseillera soit des applications de vessie de glace sur l'abdomen, surtout en cas de météorisme, soit de cataplasmes ou compresses chaudes laudanisées.

Dans d'autres circonstances, surtout si des menaces d'avortement se dessinent, on aura recours aux sédatifs utérins et tout spécialement à la morphine en injections sous-cutanées et au lavement lauda-

nisé. On n'hésitera pas à utiliser les doses fortes et répétées de ces opiacés.

Les moyens chirurgicaux sont, à beaucoup près, les plus précieux. Ils comprennent, pendant la grossesse, la myomectomie, l'hystérectomie subtotale ou totale ; près du terme, c'est la césarienne suivie de myomectomie ou d'hystérectomie. Quant à l'opération de Porro et à l'hystérectomie pure et simple à terme, elles ne s'appliquent qu'à des cas très spéciaux et exceptionnels.

Dans l'ensemble, tout cet exposé des différentes méthodes revient donc à préférer aux méthodes aveugles, les méthodes chirurgicales qui permettent d'agir à ciel ouvert en voyant ce qu'on fait, d'agir avec précision en faisant ce qui est nécessaire et rien de plus.

B) *Quelles sont les indications de chacune de ces méthodes ?*

a) *En cas d'urgence*, pas de discussion, c'est la laparotomie le plus-tôt possible. Des exemples pris dans nos observations illustreront ce principe, c'est un syndrome d'occlusion intestinale aiguë (obs. XLIII), c'est une crise suraiguë de douleurs abdominales (Obs. XL) qui dictent une intervention sans retard. Dans cette classe entrent, bien entendu, toutes les torsions des pédicules de fibromes en admettant que toutes soient bien authentiques.

Ce n'est qu'une fois le fibrome exposé directement à la vue et au palper qu'on se décide soit à l'enlever seul si cela est possible, soit à pratiquer l'hystérectomie si la myomectomie ne peut se faire.

Mais ces cas d'extrême urgence sont rares et habituellement on aura affaire à des cas chroniques qui tolèrent la réflexion ; la grossesse continue à se développer ;

b) *Les formes bénignes*, légères, ne déterminant qu'une douleur atténuée, par crises passagères et peu prononcées, troublant peu l'état général de la femme ne doivent pas immédiatement être traités chirurgicalement. En somme, la grossesse et le fibrome ont une vie commune difficile, mais sans incompatibilité absolue, la grossesse n'est pas entravée. Il faut instituer alors le traitement médical, imposer le repos au lit, surveiller la malade. L'expectative armée, telle doit être la ligne de conduite, celle qui sauvegarde les intérêts de la mère et de l'enfant, car la myomectomie simple comporte, malgré tout, un certain risque d'avortement. On s'efforcera ainsi de temporiser de façon à se rapprocher le plus possible du terme.

d) *Les formes cliniques franches*, avec troubles douloureux intenses ou prolongés, ou accompagnés d'altération de l'état général qui évoquent l'idée d'une tumeur maligne, conduisent inévitablement à la laparotomie. La décision opératoire ne peut pas être plus précise. On a peut-être fait le diagnostic de fibrome nécrosé, mais il a été impossible, en général, de préciser sa forme, ses connexions exactes, son mode d'implantation, s'il existe ou non des adhérences, toutes notions qu'on n'obtiendra que lorsque, le ventre une fois ouvert, on aura la tumeur sous les yeux. Alors, mais alors seule-

ment, on se décidera à une myomectomie ou à une hystérectomie, non sans avoir temporisé autant que cela est compatible avec le bon état général de la femme et le développement rationnel de la grossesse.

La myomectomie s'applique évidemment aux fibromyomes pédiculés, que ce pédicule soit ou non tordu sur son axe. Rien de plus simple que de lier le pédicule comme un sac de hernie et d'en faire une suture de péritonisation.

En cas de fibromyome sessile unique, mais facile à atteindre et à énucléer, c'est encore la myomectomie qui s'impose, avec quelques particularités opératoires.

Si l'utérus porte plusieurs fibromes dont un seul est nécrosé, on se bornera à enlever celui-ci et à laisser les autres en place pour réduire au minimum le traumatisme utérin.

Si, au contraire, il existe plusieurs fibromes d'apparence nécrosés, la myomectomie multiple pourrait dilacérer par trop l'utérus. Aucune règle rigide ne peut d'avance être édictée. Il faut savoir apprécier, au cours même de l'opération, la profondeur des délabrements que l'on fait à l'utérus, et si l'on se rend compte que la musculature utérine sera par trop mutilée mieux vaudrait alors faire l'hystérectomie.

C'est encore à l'hystérectomie qu'on sera contraint de recourir lorsque la tumeur siège dans le fond du petit bassin, implantée au niveau du col et s'étant souvent développée dans le ligament large.

L'âge avancé de la malade (aux environs de 40 ans et après cet âge) doit entrer en ligne de compte et faire incliner à l'hystérectomie. Les cas particuliers sont nombreux et chacun d'eux conduit à un plan opératoire et à une technique adaptée à lui.

C'est affaire d'espèce et on ne peut guère se décider que pendant le cours de l'opération.

Une technique souple, rompue à la pratique de la chirurgie pelvi-abdominale constitue la base même du succès. Ajoutons, au surplus, que les appréciations, à cet égard, sont sujettes à une certaine élasticité que le facteur personnel de l'opérateur met en jeu pour une large part.

Chavannaz préfère l'hystérectomie dans le but de combattre le mal de façon complète. C'est, d'après lui, « le procédé de choix, si on a des fibromes multiples nécrosés, ou si on intervient peu d'heures après l'accouchement, la main le plus souvent forcée par des troubles de l'état général ou des signes d'infection aiguë ».

Lorsqu'on a décidé l'hystérectomie, la fera-t-on subtotale ou totale ? La plupart des auteurs ont préféré la subtotale, à juste titre, en raison de sa facilité et de sa rapidité d'exécution, de son innocuité.

La totale nous paraît devoir être réservée aux cas particuliers de tumeur bas située, ayant envahi la partie tout inférieure du col et dont l'ablation ne peut être pratiquée sans ouvrir le vagin. Ce n'est, en somme, que dans ces cas très rares et quand on ne pourra pas faire autrement, qu'on la prati-

quera. Une autre indication de son application est tirée également de l'infection de la tumeur, car elle permet le drainage de l'excavation au point déclive.

Turner, à propos d'une observation personnelle, dans laquelle il avait pratiqué une laparotomie exploratrice, reculant devant l'ablation du fibromyome qui aurait pu interrompre la grossesse, a posé, devant la Société Royale de Médecine à Londres (1910), la question de la légitimité de cette intervention. Il ne semble pas que cette pratique d'exploration directe doive être admise. Elle est inutile car on ne peut, en aucune façon, juger de l'état du tissu fibromateux d'après l'apparence extérieure de la tumeur. Elle expose à laisser dans l'abdomen un fibrome douteux. Elle est nuisible, car elle impose sans raison valable un choc opératoire à la malade et l'expose aux accidents d'avortement. La laparotomie ne doit être entreprise qu'en présence d'accidents cliniques assez sérieux pour entraver le développement de la grossesse.

Mais, une fois décidée, l'opération doit entraîner l'exonération de la tumeur par myomectomie ou hystérectomie. Chavannaz reproche à Turner d'avoir peut-être « refermé le ventre sur une tumeur déjà infectée et considérée à tort comme atteinte de nécrobiose simple ».

On ne voit pas sur quels arguments cette présomption d'infection est basée. Au contraire, l'examen des multiples observations colligées, semble prouver la rareté de cette infection pendant la gros-

sesse. La fièvre est particulièrement explicable par les phénomènes de résorption de substances toxiques, mais aseptiques résultant de la destruction cellulaire.

Lorsque les accidents surviennent à un âge déjà avancé de la gestation, on s'efforcera de gagner du temps, et de reculer l'opération jusqu'au moment où le fœtus aura atteint un développement suffisant pour qu'on puisse escompter sa viabilité. L'opération change, en effet, les conditions étant assimilables à celles d'une grossesse à terme. Il faut sauver la vie de l'enfant et guérir la mère. Aussi toute myomectomie ou hystérectomie sera-t-elle précédée d'une césarienne.

L'hystérectomie sans ouverture de la cavité interne n'est légitime à terme que si l'enfant est mort. Mais elle peut devenir nécessaire si une dystocie grave (présentation de l'épaule négligée, par exemple) coexiste avec une tumeur dégénérée.

L'indication est formelle alors de rejeter toute embryotomie et d'avoir recours à l'hystérectomie abdominale.

Dans ces cas, en effet, la cavité ovulaire ouverte est déjà infectée et il faut tout faire pour éviter l'inoculation du péritoine.

L'observation n° V représente une très intéressante application de ce principe. Elle concerne une femme porteuse de fibromyome nécrosé qui fit une plegmatia alba dolens et qui, alors que sa nécrobiose semblait en voie d'amélioration, fut prise de fièvre, de douleurs d'accouchement prématuré, de pertes rouges fétides. Le risque d'infection était

évident si on laissait cette parturiente vider spontanément son utérus. On prit le parti de pratiquer d'urgence une hystérectomie, avant la rupture des membranes. Cette exérèse fut pratiquée après avoir incisé la face antérieure du segment inférieur, ce qui permit de décoller de la paroi utérine les membranes ovulaires et de faire l'amputation du col. On put ainsi opérer en vase clos. La pièce enlevée, on trouva dans l'utérus un fœtus de sept mois à peine qui vécut 48 heures; de plus, une sorte de décollement existait entre la paroi utérine et les membranes revêtues de placenta, espace contenant un liquide séro-sanguinolent infecté de stéptocoque, situé entre le fibrome nécrosé et la cavité ovulaire tous deux stériles rigoureusement.

Quant à l'ancienne opération de Porro, elle n'est plus guère de mise que dans les cas d'extrême urgence, en présence d'une hémorragie profuse et en l'absence de tout installation matérielle convenable.

C) *Technique opératoire.* — Nous serons brefs sur ce chapitre, les interventions étant peu différentes de celles qui se pratiquent pour fibromes non altérés.

L'abdomen une fois bien garni et les anses intestinales bien refoulées par un lit de grandes compresses, la myomectomie sera pratiquée autant que possible après extériorisation de la tumeur, en s'abstenant toutefois de manœuvres brutales susceptibles d'exciter la contractilité utérine et de décoller le placenta. La tumeur bien exposée, l'incision du péritoine portera, en prévision de la rétrac-

tion de l'utérus, sur la tumeur elle-même, sur laquelle on découpera une large collerette circulaire. Une fois la tumeur énucléée, cette collerette permettra une péritonisation de la surface d'implantation cruentée et parfois très saignante. On est toujours étonné d'avoir créé une brèche utérine plus large qu'on ne le supposait, tant est accentuée la rétraction utérine.

Pour éviter l'hémorragie consécutive à la myomectomie sur utérus gravide, on aura soin de décoller le fibrome à l'intérieur de sa capsule aux ciseaux courbés sur le plat. Cette pratique permettra également de créer le minimum de délabrement du muscle utérin. Si une hémorragie en nappe se produisait, on l'arrêterait par un surjet fait avec un catgut d'un calibre inférieur à celui de l'aiguille employée, sans serrer trop. Il s'agit d'une hémorragie veineuse et les trous faits par l'aiguille peuvent saigner si le fil les a agrandis.

Enfin, on ne manquera pas de surveiller étroitement ces malades au point de vue des suites opératoires. La morphine sera administrée largement à doses de 1 cg. répétées trois fois dans la journée au besoin, si des velléités abortives se manifestaient.

L'hystérectomie ne présente pas de difficultés spéciales qui ne soient déjà mentionnées dans les cas de fibromes compliquant la grossesse. Il faut ajouter cependant, au cas où on serait tenté de drainer que la nécrobiose étant aseptique et d'ailleurs enlevée en vase clos, cette précaution est parfaitement inutile.

D) Résultats opératoires :

a) Nous avons colligé dans la littérature médicale, depuis 1886, 38 cas relatifs à des fibromyomes nécrobiosés. Nous nous sommes restreints aux cas ayant donné lieu à des accidents pendant le cours de la gestation et des interventions, *suivies d'examen de pièces authentiques*.

Ces interventions ont consisté en 19 hystérectomies, 15 myomectomies, 2 opérations de Porro, 2 laparotomies simples, 1 extirpation par les voies naturelles (Obs. XLV).

Sur les 15 myomectomies, 4 morts, un avortement sont avoués consécutivement. Sur ces 4 morts, 3 fois il s'agit de péritonite (faits datant de 1886 à 1902, Obs. xviii, xxiv, xxxvi) ; une fois d'influenza, en 1892, deux mois après l'intervention (Obs. xx).

Sur les 19 hystérectomies, 4 fois on pratiqua la totale, 15 fois la subtotal. Une seule fois, le résultat n'est pas noté, toutes les autres fois la guérison s'ensuivit. La première subtotal date de 1908 (Obs. xxxii).

Deux opérations de Porro furent pratiquées ; une fois pour hémorragie par placenta prævia, l'opération faite d'urgence permit d'extraire l'enfant vivant.

L'autre opération de Porro, d'urgence aussi, date, comme la première, de 1900.

b) Nos 8 observations originales se décomposent comme suit :

4 myomectomies (Obs. i, ii, vi, viii) ;

1 hystérectomie simple (Obs. v) ;

3 césariennes (Obs. III, IV, VII) suivies : 2 fois de myomectomie, 1 fois d'hystérectomie.

Sur les 4 myomectomies, un décès par congestion pulmonaire post-opératoire, après anesthésie à l'éther. Les 3 autres eurent des suites opératoires très simples et guérirent sans interruption de leur grossesse.

Une hystérectomie pratiquée à 6 mois et demi en présence d'accidents d'accouchement prématuré. Elle fut pratiquée chez une femme *porteuse d'une phlegmatia alba dolens*, avec fibrome nécrobiosé (photo n° 1) qui présenta subitement des accidents sérieux. La guérison s'en suivit.

Sur les 3 césariennes, une fois l'hystérectomie fut rendue nécessaire par la situation paracervicale du fibrome enclavé dans le petit bassin ; deux fois la myomectomie permit d'extraire le fibromyome altéré qui siégeait sur une des faces.

Cette dernière opération, qui permettait de sauvegarder les intérêts de la mère et de l'enfant, était dans ce cas l'opération idéale.

OBSERVATIONS

Les faits qui constituent la base de cette étude se décomposent de la façon suivante :

I. — 8 observations originales (N° 1 à VIII inclus), dont nous sommes redevables à M. le P^r Brindeau, qui nous a permis de les recueillir, tant dans ses documents personnels que dans ceux de son service hospitalier, où il nous a été donné d'observer, en un laps de temps restreint, une série de cas particulièrement intéressants.

II. — 38 observations colligées dans la littérature. 9 d'entr'elles sont plus spécialement intéressantes en ce qu'elles comportent une sanction histologique et parfois bactériologique. Elles ont été cotées de IX à XVII inclus. Dans les 29 autres, les auteurs se sont contentés d'examens macroscopiques. Elles sont cotées de XVIII à XLVI inclus.

L'observation XLV est celle d'un fibromyome qui provoqua des accidents graves très peu de temps avant l'accouchement. On peut la rapprocher de l'observation V.

L'observation XLVI est celle de P.-D. Turner (1909), qui fit une laparotomie pendant la grossesse, puis une hystérectomie après l'accouchement.

I. OBSERVATIONS ORIGINALES

N^{os} I A VIII INCLUS

OBSERVATION I

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau et du D^r Devé)

Fibrome necrobiosé, myomectomie au quatrième mois, guérison et continuation de la grossesse

Mme M..., 33 ans, a été vue, pour la première fois, par le D^r Ch. Devé, le 10 décembre 1921, à l'occasion du travail d'accouchement. Il constate l'existence d'une présentation du sommet en O. I. G. P., un écoulement de méconium. Forceps simple, sur le sommet dans l'excavation. Enfant vivant pesant 2.420 gr.

Avant l'extraction de l'enfant, on constate l'existence d'un fibrome gros comme une noix, pédiculé, vers la corne utérine droite.

Suites de couches probablement physiologiques ou à peu près. Mais la température n'a pas été prise. D'ailleurs, la vieille sage-femme qui a fait appeler le D^r D... pour terminer l'accouchement, n'a qu'un très vague souci de la propreté.

Mme M... n'a pas nourri son enfant. Elle a eu son retour de couches à la date normale, avec son aspect habituel. Deux périodes de règles ont suivi durant 3 à 4 jours, peu abondantes, espacées par un intervalle de 30 jours.

Les dernières règles datent du 7 au 11 avril. Depuis, petits signes habituels de grossesse.

Cette femme sachant qu'elle avait un fibrome s'adresse, sur les conseils d'une amie, au D^r X..., qui « soigne les fibromes par l'électricité ».

Celui-ci constate l'existence d'une petite tumeur latérale à droite de l'utérus. Comme celui-ci est volumineux, malgré l'absence de règles, à laquelle il n'attache pas immédiatement l'importance qu'elle comporte, il fait un catheterisme utérin (pensant probablement à un utérus fibromateux). L'hystérométrie indique une cavité de 13 centimètres. Léger suintement rouge consécutif. C'est le seul suintement sanguin qu'il y ait eu depuis la disparition des règles.

Avant de commencer le traitement, pensant à la possibilité d'une grossesse, le D^r X... l'adresse au D^r D..., qui avait déjà vu antérieurement la patiente.

Examen le 22 juin 1922. — A l'examen : grossesse utérine évidente de deux mois environ. A droite de l'utérus, on constate l'existence d'une petite tumeur lisse, régulière, arrondie, du volume d'une noix, ayant une consistance rappelant celle de l'ovaire, dont elle a également la *sensibilité*. Mais l'examen n'est pas douloureux à pro-

prement parler. Cette tumeur est haut placée, dans la partie supérieure du ligament large, et n'est que très peu mobile. Son extrémité interne n'est distante de l'utérus que de 3 cm., et lui est rattachée par un cordon gros comme une trompe normale.

Le diagnostic hésite entre un fibrome (peu propable), un noyau de salpingite chronique, une petite grossesse extra-utérine coïncidant avec une grossesse utérine. On renvoie la malade au 5 juillet.

Examen le 5 juillet. — Depuis 6 jours, la malade se plaint de souffrir du côté droit, modérément d'ailleurs, mais elle souffre même au lit. Toujours pas de perte de sang. Pas de fièvre, semble-t-il.

L'utérus a continué de grossir et atteint les dimensions d'un utérus gravide de plus de deux mois.

La tumeur para-utérine a plus que doublé de volume et affecte la forme d'un galet, allongé parallèlement à l'axe de la trompe, lisse toujours, régulière, de consistance rénitente ; elle est franchement douloureuse au palper-toucher.

Le diagnostic hésite entre salpingite se réveillant et grossesse extra-utérine : ce dernier diagnostic paraît le plus probable.

Laparotomie, le 13 juillet 1922. M. le P^r Brindeau. Anesthésie à l'éther. Incision sous-ombilicale. L'utérus est fixé à la paroi par une bride péritonéale longue et très résistante, ayant le diamètre d'une sonde canelée. Section de cette bride entre deux pinces. La main va à la recherche de la tumeur. Il s'agit d'un fibrome du volume d'un œuf de poule. Il est impossible de l'amener au dehors, parce qu'il est situé dans le ligament large, immédiatement en avant des annexes. D'autre part, il est fixé sur l'utérus par un pédicule large d'une pièce de un franc environ. Incision du pédicule et section du ligament large entre 2 pinces. Enfouissement de la plaie utérine. L'ovaire et la trompe sont sains.

A l'examen de la pièce on s'aperçoit qu'elle a la forme d'un gros champignon, dont le pied est dur et la couronne mollassée.

A la coupe, le fibrome est nettement hémorragique, presque détaché de sa capsule. Le pôle extérieur du fibrome forme un kyste hématique.

Suites opératoires excellentes. Sort guérie le 30 juillet.

Examen histologique.

Pièce manifestement necrobiosée. De larges zones colorées en rose ou rouge (Van Gieson) ne présentent aucune structure cellulaire autre qu'une vague ondulation fasciculée. Elles sont entourées de zones de tissu fibro-myomatoux parfaitement coloré et bien différencié. Dans certains points, les éléments sont dissociés par de l'œdème.

D'autres points, plus compacts et absolument normaux, sont parcourus par des vaisseaux dont la lumière est perméable.

OBSERVATION II

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau)

Myomectomie pour fibrome gravidique nécrobiosé

Mme C., 29 ans, primipare, entre à la Maternité de l'hôpital de la Pitié, le 15 juin, enceinte, et souffrant du bas-ventre.

Rien d'intéressant à retenir de l'étude de ses antécédents tant héréditaires que personnels. Elle a eu, à 14 ans, une dothiénentérie légère, et a été réglée vers la même époque, et toujours de façon régulière.

Ses dernières règles datent du 15 au 21 février 1922. Mais dès avant le début de sa grossesse, elle accusait des douleurs assez vives dans la région hypogastrique, surtout à gauche. La fatigue accentuait ses douleurs.

L'examen révèle au palper une masse dure, très mobile, située dans la fosse iliaque gauche. Au toucher-palper, on trouve un utérus gravide de quatre mois environ, d'une hauteur de 11 cm. A gauche, on peut saisir, entre le doigt vaginal et la main abdominale, une masse du volume d'une grosse mandarine, dure, irrégulière, très mobile, et n'adhérant nullement à l'utérus, qui est incliné à droite.

Cette masse est sensible, sans être particulièrement douloureuse à l'examen.

Laparotomie, le 19 juin 1922. M. le P^r Brindeau. Anesthésie à l'éther.

Incision sous-ombilicale. L'utérus gravide se présente, il est très mou. En passant la main dans l'abdomen, on extériorise le fibrome qui siège près du bord gauche, non loin de l'insertion du pédicule ovarien. Ce fibrome est lobulé, gros comme un abricot, nettement sous-péritonéal, tangeant à la courbe utérine. On décortique la tumeur en la rasant de près, de façon à garder le plus possible de péritoine. La surface cruentée, revient sur elle-même, elle est de la largeur d'une pièce de 5 francs, Hémorragie en nappe. Suture en plusieurs plans. On arrive ainsi à arrêter l'hémorragie. Fermeture en 3 plans.

La tumeur sectionnée présente certains points d'aspect mollassé, donc probablement en voie de dégénérescence.

Le 20 juin au soir, la femme est prise d'un point de côté violent à la base droite. L'examen décèle une diminution de la respiration à ce niveau, et quelques râles.

Le 21 juin, avortement, le fœtus est expulsé et quelques heures après on extrait artificiellement le placenta. Le ventre est souple, mobile avec la respiration, non ballonné, non douloureux.

Le 22 juin : lavage d'estomac qui extrait un liquide très brunâtre, non fétide. La congestion pulmonaire à ce moment, est bilatérale. A droite, zone de matité à la base, murmure vésiculaire aboli. Autour, râles crépitants. A gauche, râles crépitants, sans matité. T., 39°5. Pouls, 140.

Le 23 juin : le pouls et la température continuent à monter. Température, 40°5 ; pouls, 160. Mort à 16 heures.

Examen histologique de la pièce.

La plus grande partie des coupes est constituée par du tissu fibro-myomateux normal. En certains points se trouvent des plages peu étendues, au niveau desquelles la coloration est très pâle. Aucun fait de structure histologique n'apparaît en ces points necrobiosés.

OBSERVATION III

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau et du D^r Devè)

Fibrome prævia sessile, avec nécrose aseptique, s'opposant à l'accouchement par les voies naturelles. Césarienne conservatrice à terme, avant tout début de travail, suivie de myomectomies partielles.

Mme Sch..., 1^{re} pare de 35 ans, grande et de forte corpulence. Très bien réglée, tous les 28 jours, pendant 4 jours; règles abondantes, non douloureuses depuis le mariage. Pas de passé pathologique digne de retenir l'attention : rien à noter en particulier au point de vue abdominal, encore moins au point de vue génital : ni ménorrhagies, ni métrorrhagies, pas de fausse-couche. Une grossesse a été vainement espérée pendant onze ans.

Grossesse. D. R. 10-15 janvier 1922. Mouvements actifs perçus le 30 juin. Terme probable 20-25 octobre.

Le 1^{er} examen date du 17 août : utérus dépassant de un travers de main l'ombilic en position normale. Petits fibromes de la paroi antérieure ; un fibrome du volume du poing occupe le fond de l'utérus, sur la ligne médiane ; il est un peu mobile et il n'est pas douloureux.

Le fœtus est en siège complet, en droite ; le siège, très mobile a une tendance à glisser dans la fosse iliaque droite. Perception haute des b. d. c. rendue difficile par l'épaisseur de la paroi adipeuse, la mobilité du fœtus et un excès notable de liquide amniotique.

Au toucher : l'excavation est en partie occupée par une masse, grosse comme un poing d'adulte, arrondie assez régulièrement, de consistance inégale, dure ou rénitente suivant les points explorés, paraissant faire corps avec la paroi utérine postérieure. L'orifice du col difficile à atteindre est sur la ligne médiane et fortement repoussé en haut et en avant (au niveau du bord supérieur de la symphyse).

Diagnostic d'attente : fibrome prævia ; possibilité de kyste dermoïde.

2^e examen, 18 septembre. — La tumeur est toujours pelvienne et a légèrement augmentée de volume ; ses autres caractères n'ont pas varié. Le col est encore plus difficile : il est au-dessus de la symphyse. Siège complet dans la fosse iliaque droite, dos en écharpe et en avant. Tête dans la région splénique.

3^e examen, 20 septembre. — Tentative prudente et courte de réduction sous anesthésie chloroformique : impossibilité de refouler la tumeur prævia qui appartient bien à la paroi utérine et qui n'est pas du tout mobilisable. Presque dès le début de la tentative, prudente pourtant, de refoulement, il se produit une légère perte de sang rouge (1 cuillerée à café environ). Morphine, repos au lit 48 heures.

Le 2 octobre, consultation avec M. le P^r Brindeau, qui confirme le diagnostic de fibrome prævia sessile. On décide la césarienne abdominale, sans dire dès ce moment si elle sera suivie de myomectomies partielles ou d'hystérectomie. La gestante entre à la maison de santé le 19 au plus tard, pour y être opérée le 21 octobre au plus tard.

Opération le 21 octobre. — Femme énorme, anesthésie éther. Incision sous ombilicale. On arrive sur la paroi utérine très amincie à ce niveau, on se rend compte après l'opération que c'était le segment inférieur distendu. Incision utérine. Péritoine mobile à ce niveau. Extraction du fœtus en présentation de l'épaule, gros fœtus qui crie immédiatement. Extériorisation de l'utérus qui amène le fibrome du fond, délivrance artificielle. Comme on ne sait si on conservera l'utérus, on se contente de faire un plan profond à la soie. La main va ensuite explorer le petit bassin, on trouve un fibrome gros comme une tête fœtale dans le fond de l'excavation, adhérent au péritoine du Douglas, principalement au ligament utéro-sacré droit qui est tendu comme une corde d'un arc. En passant derrière la tumeur on libère les adhérences, il est alors facile de l'extérioriser. Elle était insérée en arrière du ligament large gauche, assez près du fond, ce qui fait que l'utérus était fixé en arrière et tordu sur son axe.

On commence par pratiquer la myomectomie du fibrome inférieur. Collerette péritonéale prise sur la tumeur, dissection aux ciseaux courbes. On met à nu un autre fibrome gros comme une grosse noix, que l'on enlève avec le plus gros. Hémorragie en nappe facilement arrêtée par enfouissement de la plaie, surjet séro-séreux par dessus. Ablation du second fibrome qui est plus facile et est traité de la même façon.

On revient à la plaie de césarienne et l'on place un plan séro-séreux au catgut. Examen des deux plaies de



Figure 1 (Obs. IV).

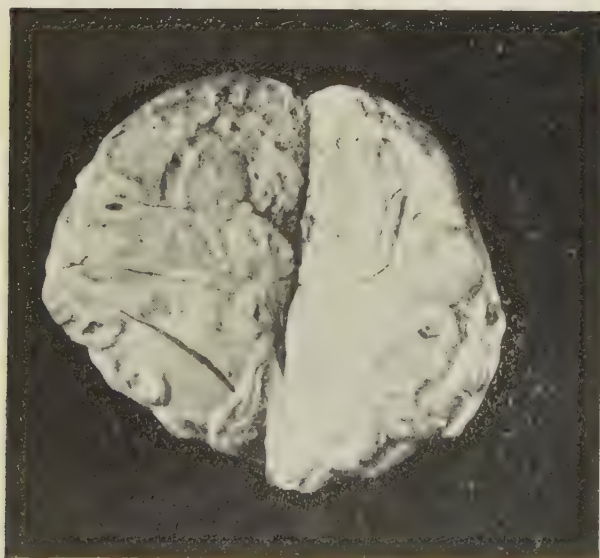


Figure 2 (Obs. VII).

myomectomie. Léger suintement au niveau d'un point de suture qui s'arrête à la suite d'un point en 8.

Suites opératoires normales.

Fille vivante 4.540 gr. Placenta 1.000 gr.

Examen des pièces: Fibrome prævia principal: 440 gr., petit fibrome accolé au précédent: 30 gr. Fibrome du fond: 460 gr.

Les fibromes sont mous, principalement celui qui était situés dans le Douglas.

A la coupe ils sont constitués par une coque assez résistante, d'aspect normal, mais le centre est complètement nécrosé (aspect de mastic), de place en place zone rouge hémorragique. Au centre de la tumeur pelvienne, il existait de petites logettes kystiques provoquées par un œdème excessif.

Histologie. Zones de structure et coloration normales, sans limites nettes, se séparant de façon imprécise, d'autres zones plus étendues qui prennent mal les colorants et ne conservent qu'une vague structure fibrillaire, mais sans aucun caractère histologique.

Ces zones se montrent, au Soudan, infiltrées de granulations graisseuses.

OBSERVATION IV

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau et du D^r Lantuéjoul). Pièce représentée figure 1.

Fibrome prævia et nécrobiosé, césarienne (enfant vivant) suivie d'hystérectomie subtotale. Guérison.

Madame F..., 40 ans, réglée vers l'âge de 15 ans, toujours bien réglée depuis lors, a eu dans la première enfance une paralysie infantile, dont elle conserve une atrophie de la jambe gauche. Rien d'autre à noter dans ses antécédents généraux.

Mariée il y a 10 ans, elle a fait une première fausse couche il y a 9 ans et une deuxième il y a un an, chacune de 2 mois à 2 mois et demi.

Ses dernières règles datent du 24-26 février 1922. En juin et en juillet, elle a remarqué quelques petites pertes rouges, mais légères et sans importances. D'ailleurs aucun autre symptôme anormal du côté de l'appareil génital. Elle ne se savait nullement porteuse de fibrome.

Les premiers mouvements actifs du fœtus ont été perçus le 15 juillet 1922.

Elle est examinée le 29 août par le D^r L..., qui fait le diagnostic de fibromes multiples; en particulier il en existe un à gauche et en avant, du volume du poing. Le reste de l'utérus est bosselé de petits noyaux fibromateux.

Par le toucher on perçoit une autre masse fibromateuse distincte des précédentes, et qui distend le cul de sac de Douglas. Le volume et la fixité de cette tumeur prœvia fait présumer une césarienne qui sera suivie d'une hystérectomie, vu l'âge de la malade.

En fin septembre M. le P^r Brindeau examine la malade et confirme les conclusions précédentes.

La grossesse se développe normalement, sans incidents mais sans que le fibrome pulvien ait tendance à se désenclaver.

A partir du 15 octobre, la femme est mise au lit complètement ; l'utérus a tellement augmenté de volume (hauteur 0 m. 33, tour de taille pris au niveau de l'ombilic : 1 m. 05) que l'on redoute un accouchement prématuré.

Le 29 novembre, la malade appelle d'urgence son médecin, parceque souffrant légèrement depuis deux à trois jours de la partie inférieure de l'abdomen, elle a ressenti tout à coup dans l'après-midi du 29 une douleur fixe, sans irradiations. De plus, elle a perdu quelques glaires. La température est à 37°7, le pouls à 100. Le fibrome enclavé est un peu sensible à la pression, plus sensible qu'autrefois. A l'inverse le fibrome perçu par l'abdomen est absolument indolent.

Le diagnostic de fibrome en voie de dégénérescence nécrobiotique est porté, et comme la césarienne a déjà été prévue, il est décidé qu'on la fera sans retard, en la faisant suivre de l'hystérectomie.

Laparotomie, 30 novembre 1922. — M. le P^r Brindeau et M. Lantuéjoul. Chloroforme. Laparotomie médiane sous ombilicale principalement, en vue de l'hystérectomie. L'utérus apparaît bourré de fibromes. Le péritoine est libre et indemne d'adhérences.

L'utérus est incisé sur la partie moyenne de sa face antérieure, dans une région en apparence dépourvue de fibrome. En fait le bistouri tombe dans une zone infiltrée de fibromes interstitiels, d'apparence normale, qui résistent à la lame. Une petite hémorrhagie se produit. On découvre les membranes ovulaires, que l'on rompt, écoulement d'un liquide clair. On arrive sur la tête fœtale, comme dans une césarienne basse. On recherche et on saisit les pieds pour l'extraire. L'enfant crie presque aussitôt. Il pèse 3.650. Pas de délivrance, fermeture provisoire, avec deux pinces, de la brèche d'hystérectomie.

Hystérectomie subtotale par le procédé ordinaire. La seule difficulté rencontrée résulte du fait que le fibrome enclavé s'est développé dans la base du ligament large droit, ce qui oblige à le décortiquer. Cette manœuvre ne souffre pas grande difficulté.

Ligatures. Péritonisation facile. Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires simples.

Examen de la pièce. Photographie n° 1. — L'utérus présente sur sa face antérieure une large brèche, évasée, entre les deux lèvres en entonnoir de laquelle sort le cordon ombilical. L'incision d'hystérectomie a passé au travers d'une zone fibromateuse. Il existe en effet sur la tranche droite un petit noyau fibromateux gros comme une noisette, et la tranche gauche offre la surface de section d'un fibrome gros comme une orange, bosselé et irrégulier. Tous deux sont interstitiels. D'autres noyaux fibromateux existent encore dans l'utérus, l'un près de l'insertion du ligament rond droit, un autre derrière la corne utérine gauche, un autre dans l'épaisseur du ligament utéro-ovarien gauche, le dernier enfin qui nous intéresse particulièrement est situé sur le bord droit du segment inférieur. Il est gros comme une orange, et occupait le cul de sac de Douglas, s'étant développé dans la base du ligament large droit. Sa consistance est molle, sa couleur rose pâle, il semble que sa coque, ferme, enveloppe un noyau ramolli. A la coupe en effet on trouve deux parties. La partie interne et inférieure offre une surface de section gris jaunâtre, elle est un peu moins ferme cependant que le tissu fibromateux en apparence normal, tel que celui du fibrome intéressé par l'hystérectomie. La surface de section présente une dizaine de petits noyaux de différents volumes dont les plus gros sont de la taille d'une lentille et qui semblent entourer la grande géode. Ces noyaux sont d'une teinte ocre jaune, sale. Ils sont constitués par une substance putrilagineuse, amorphe et correspondent nettement à de la nécrobiose. Une paroi très nette et lisse apparaît quand on les vide de leur contenu.

La partie supéro-externe représente une cavité ouverte par le couteau. La substance diffluente qu'elle contenait s'est écoulée et seules les parois en demeurent revêtues comme d'une couche épaisse de vernis. Il semble que les parties les plus dégénérées se trouvaient au centre, et que les régions voisines des parois soient un peu moins dégénérées. Cette matière amorphe est de couleur gris chamois, mêlée de différentes tonalités dégradées qui donnent aux parois un aspect marbré, brillant et lisse. Il semble y avoir deux loges communiquant largement, dont l'ensemble forme la géode. Cette substance est inodore. Un peu au-dessus de la géode la coupe a intéressé une zone bleu violacée, lie de vin. La coupe une fois pratiquée, les deux moitiés du fibromyome viennent bomber comme si elles avaient été à l'étroit dans leur coque enveloppante.

Examen histologique. — Lésions franches de nécrobiose: Les coupes de la paroi de la cavité présentent des parties encore à peu près saines. Mais elles sont farcies de très petites cavités nécrosées, contenant une matière amorphe, vaguement fibrillaire, envoyant des prolongements dans

les parties saines. Peu de vaisseaux. Quelques rares lumières vasculaires. Infiltration graisseuse interfasciculaire bien mise en évidence (rouge Soudan).

OBSERVATION V

(recueillie dans le service de M. le P^r Brindeau,
par M. Desoubry, interne des hôpitaux).

Fibrome dégénéré au cours de la grossesse. Phlegmatia alba dolens. Menaces d'accouchement prématuré au septième mois. Hystérectomie en vase clos, sans ouvrir l'œuf. Guérison.

Mme D...y Marie, 30 ans, IV^e parc, est venue consulter à la clinique Tarnier, le 20 novembre 1912, parce qu'elle souffrait, depuis deux mois au niveau de l'hypocondre droit. Le même jour, elle entre dans le service, en observation avec le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires, ni personnels, à part une rougeole et une scarlatine dans l'enfance, mais elle n'avait pas eu d'albumine avant la date de sa première grossesse en 1913. Sa première grossesse s'est terminée par un accouchement prématuré, les deux autres furent normales en 1918 et 1919.

Dernières règles le 27 mai 1922. Rien de particulier jusqu'en septembre. A ce moment quelques pertes rouges qui feraient penser à un décollement partiel de l'œuf. Persistance de ces pertes qui, sans complètement disparaître, diminuent nettement d'intensité. Après un séjour de trois semaines environ à l'hôpital (sept. 1922) la malade est restée chez elle, alitée, jusqu'au moment où elle vint consulter à Tarnier.

A son entrée elle présente : des pertes nettement sanglantes, peu abondantes, non fétides ; des douleurs persistantes, continues dans l'hypocondre droit ; d'autre part elle déclare sentir remuer depuis deux mois environ.

A l'examen d'entrée, on note au palper un utérus gravide (6 mois environ) le fond remonte au niveau de l'ombilic à peu près ; une masse dure, mobile, douloureuse au palper, semblant reliée au corps utérin, située à droite de ce dernier, et se contractant nettement avec lui ; enfin on sent par le palper un fœtus mobile, tête en bas, dos à droite, dont les bruits du cœur sont perçus. La tête fœtale est déviée vers la fosse iliaque gauche.

Au toucher on note l'utérus gravide ; une masse développée aux dépens de 1/3 inférieur de la paroi antérieure de l'utérus, se présentant comme un fibrome prævia, gros comme une grosse orange et douloureux. Le col est pres-

que totalement effacé et il semble qu'on se trouve devant un début de travail.

Dès son entrée la femme accusait quelques fourmillements au niveau de la jambe gauche.

Pas d'œdème, pas d'élévation de température locale, pas de cordon veineux douloureux.

Température centrale 37°3 et pouls 80. Albuminurie.

22 novembre. — L'engourdissement du membre inférieur gauche est plus marqué. L'œdème apparaît d'abord malléolaire, puis généralisé à la jambe et à la cuisse. Peu à peu s'est constituée une *phlegmatia alba dolens*. Aucune modification du pouls et de la température.

24 novembre. — La phlébite devient de plus en plus nette. Mais le fibrome grossit considérablement, devient très douloureux au palper. Pas de signes généraux. Au toucher, col dévié à droite. Présence d'un œdème infiltrant le paramètre surtout accentué à gauche.

30 novembre. — Légère amélioration de l'état général, qui se poursuit le lendemain, et conduit à temporiser et à reculer l'opération.

Le 2 décembre, on remarque quelques très légères pertes rosées, un peu fétides. Rien de précis ne se dessine dans le cours de la matinée, mais brusquement au début de l'après-midi la malade est prise d'une violente douleur dans l'hypocondre droit, les pertes deviennent nettement fétides. Utérus contracté, fibrome très douloureux au palper. Devant cette recrudescence subite des symptômes on intervient.

Laparotomie médiane. L'incision dépasse un peu l'ombilic. L'utérus se contracte; très dur à gauche de l'incision, on aperçoit à droite le fibrome, du volume d'une grosse tête fœtale.

Le fibrome a entraîné l'utérus qui est tordu sur son axe vertical de façon à présenter son bord gauche. On extériorise facilement.

Ligature des ligaments ronds tendus. On s'aperçoit que le segment inférieur a la forme d'une cloche tendue par la poche des eaux. On ne rompt pas les membranes.

Pincés sur le segment inférieur et sur les utérines. Boutonnière sur le segment inférieur.

On voit les membranes bomber. La poche des eaux est formée, et on peut, en insinuant les doigts entre les membranes et le segment inférieur très facilement enlever l'utérus sans rompre les membranes. La pièce est enlevée en bloc; un aide l'ouvre et retire un petit fœtus, qui fait des mouvements respiratoires et a vécu 48 heures. Ligature des pédicules. L'utérine droite était tellement collée au segment inférieur que la pince de J.-L. Faure n'a pu saisir l'artère qui a glissé.

Surjet sur le segment inférieur, péritonisation. Ni à droite, ni à gauche du petit bassin les veines n'étaient thrombosées.

Fermeture en 3 plans, sans drainage. Anesthésie à l'éther. Bonnes suites opératoires.

Examen de la pièce : On note un utérus gravide de 6 à 7 mois. Fibrome unique faisant corps avec l'utérus et adhérent au bord droit de l'organe. La cavité utérine une fois ouverte, on constate que le placenta s'insère sur la face postérieure et déborde vers la droite, qu'il existe un décollement placentaire ancien répondant exactement au point d'implantation de la tumeur. A ce niveau les villosités sont sphacélées, fétides, brunâtres, de plus la muqueuse utérine est modifiée à ce niveau, elle est lisse, brillante, dure.

La coupe du fibrome montre des surfaces de section jaunâtres, livides avec îlots plus dégénérés encore et des foyers hémorragiques.

Examen histologique. — Nécrobiose pas très profonde dans l'ensemble. Les fibres collagènes et les fibres lisses se colorent assez bien. Elles se présentent en faisceaux alternant, mélangés de façon irrégulière. En certains points dominent les fibres collagènes, en d'autres les fibres musculaires entourées d'un réticulum fibreux. Vaisseaux abondant, largement dilatés, rompus en certains points. Le tissu environnant est très fortement infiltré d'hématies. Les vaisseaux semblent avoir une paroi épaissie, formée de plusieurs assises cellulaires. Il existe des plages mal limitées, sur d'autres coupes, contenant des débris cellulaires, mal colorées. Dans d'autres points on constate une infiltration graisseuse en très fines granulations intracellulaires, qui sont localisées autour du noyau.

Examen bactériologique :

Du fibrome. Prélèvement fait à l'aide d'une pipette longgeant en pleine résistance, après cautérisation ignée de la surface. L'examen d'un frottis sur lame a été négatif. Les cultures n'ont pas poussé.

Du liquide séro-hématique fétide qui remplissait la zone où le placenta était décollé : streptocoque.

OBSERVATION VI

(due à l'obligeance de M. le P^r agrégé Metzger).

Myomectomies au troisième mois de la grossesse. Fibromes nécrobiosés partiellement.

Mme H..., 38 ans, actuellement enceinte de trois mois, se plaint depuis quelque temps déjà de douleurs qui siègent tantôt au niveau de l'utérus, tantôt à côté.

L'examen montre une tumeur mobile latéro-utérine,

douloureuse surtout à la pression. Le diagnostic se pose entre fibrome de l'utérus et fibrome de l'ovaire.

Laparotomie le 3 décembre 1922. La tumeur s'insère presque sur la face antérieure de l'utérus, mais celui-ci était tordu si bien que la masse paraissait latérale et à droite. Un autre petit fibrome est enlevé par une seconde myomectomie.

Examen de la pièce. — Fibrome principal est du volume du poing, sphérique, assez régulier dur, ne paraissant nullement dégénéré.

A la coupe il est très dur. Tout le centre est dégénéré, jaune livide, parsemé de taches ecchymotiques. La coque moisé.

Examen histologique. — Le tissu myomateux est dégénéré, il prend mal les colorants. Cependant les fibres musculaires lisses sont nettement fasciculées. La coloration au Soudan met en évidence de nombreuses granulations grasses de volume varié, qui se disposent en faisceaux séparant les faisceaux musculaires.

En somme, tissu en voie de dégénérescence nécrobiotiques encore peu avancée.

OBSERVATION VII

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau. Pièce représentée photographie 2.)

Fibrome nécrobiotisé de l'utérus. Césarienne suivie de myomectomie. Enfant vivant. Guérison.

Mme N... Henrinette, 37 ans, primipare, réglée vers l'âge de 15 ans, assez irrégulièrement réglée depuis lors. Ne présente rien de spécial dans ses antécédents. A vu ses dernières règles du 26 février au 1^{er} mars, a perçu les mouvements actifs vers 4 mois et demi. Est entrée le 22 novembre à la clinique Tarnier près du terme, ayant été vue à la consultation où on a fait le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse. Elle raconte avoir fait une hémorragie ayant duré environ deux heures au troisième mois de sa grossesse.

Examen obstétrical. — Tête mobile, élevée, dos à gauche. Enfant vivant.

Par le toucher combiné au palper, on sent en avant du col qui est long, non déhiscent et situé en avant, une petite masse dure peu volumineuse, siégeant entre la

paroi abdominale et le doigt qui touche. Il s'agit probablement d'un fibrome de la paroi antérieure.

En arrière on sent une grosse masse, pouvant à un premier examen être prise pour une tête fœtale, mais elle est plus irrégulière, plus molle et très douloureuse au palper. Elle paraît d'ailleurs peu mobile et le palper montre la situation plus élevée de la tête. Il s'agit vraisemblablement d'une grosse masse fibromateuse située en avant de la tête fœtale et empêchant de la percevoir au toucher.

Rien d'anormal à l'examen général.

Laparotomie le 7 décembre. M. le Pr Brindeau et M. Vaudescal. — Césarienne et myomectomie pour fibrome pré-vien.

Incision sous-ombilicale. On incise l'utérus directement sur le segment inférieur. La tête se présente, on saisit le fœtus par le cou et on l'extraît. Garçon pesant 3.080 gr. Délivrance facile. Suture du segment inférieure à la soie. Extériorisation de l'utérus ; la main plongée dans le Douglas reconnaît la tumeur grosse comme une tête fœtale, très adhérente, encapuchonnée dans le ligament utéro-sacré droit ; on rompt les adhérences à la main et on l'extériorise facilement.

Le pédicule est assez gros, comme le pouce, on le sectionne en empiétant sur la tumeur. Hémorragie modérée, fil en U hémostatique, surjet d'enfouissement et surjet séro-séreux.

A l'examen du Douglas, on s'aperçoit qu'une des adhérences saigne, on met un point de suture. On revient à l'incision de la césarienne et l'on place des catguts superficiels.

L'utérus étant tordu sur son axe, le point d'implantation de la tumeur étant immédiatement en arrière du ligament rond, par conséquent la tumeur tire sur le bord gauche de l'utérus ; il était tordu en sens inverse des aiguilles d'une montre.

La tumeur a la forme d'un rein, en dégénérescence et présente une coque d'aspect normal.

Masse du volume du poing, long de 15 cm. sur 8 cm. de large, poids 435 gr.

Examen de la pièce. — Fibrome ovoïde, encore revêtu de sa coque fibreuse, sauf au niveau de sa surface d'implantation sur l'utérus. Surface grisâtre, bosselée de noyaux fibromateux saillants. Consistance ramollie, donnant une impression élastique très spéciale. L'incision d'un des nodules fibromateux saillants le montre ramolli au centre, comme par une bouillie pulpeuse gris chamoisée.

Quand on pratique une coupe de la tumeur, les deux surfaces de section séparées sont lisses, brillantes, leur

couleur est grisâtre, mastic, caoutchouc, tendant vers le chamois, avec des tonalités marbrées verdâtres.

Sa consistance est nettement inférieure à celle des fibromes normaux. Elle est élastique et molle.

La section a ouvert plusieurs petites cavités, dont le tissu fibromateux est farci dans sa masse. La surface de section présente une douzaine de ces logettes, il en existe d'autres qui apparaissent quand on pratique des coupes perpendiculaires à la première. Les plus grandes de ces cavités sont du volume d'une coque de noisette. Chacune d'entre elle contient une substance plus ou moins déliquescence, soit tout à fait fluide, soit pulpeuse, soit plus consistante. Dans certaines logettes du liquide clair s'écoule tout d'abord et il ne reste plus qu'une sorte de matière gardant encore comme une structure fibrillaire. Mais qui s'effrite dès que la pipette vient à son contact.

Une sorte de paroi propre délimite la cavité. Elle est constituée par une petite zone très visible à la coupe et qui est d'une teinte jaunâtre un peu plus claire que le tissu nécrobiosé.

Examen histologique. — On distingue sur les coupes, des altérations variées, et mélangées sans limites précises de démarcation. Il existe des zones normales avec fibres lisses et fibres collagènes bien différenciées. D'autres zones présentent les mêmes éléments histologiques, mais dissociés par de l'infiltration œdémateuse. Enfin il existe des plages de matière nécrosée, constituée par une zone uniformément colorée en rouge, qui envoie des prolongements dans le tissu sain. Cette substance amorphe est traversée par des fibres musculaires, reconnaissables seulement à leur coloration jaune (Van Gieson), mais très atrophiées, sans noyau, sans autre caractère que leur apparence fasciculée.

Examen bactériologique :

Frottis sur lame d'un fragment de pulpe cavitaire : négatif (bleu de méthylène et Gram) : négatif.

Ensemencement sur gélose : négatif.

Ensemencement sur bouillon : négatif.

Ensemencement sur gelose profonde : négatif.

OBSERVATION VIII

(due à l'obligeance de M. le P^r Brindeau).

Fibrome tordu et nécrobiosé, myomectomie au cinquième mois. Guérison.

L...e Henriette, âgée de 37 ans, II^e pare, entre le 4 décembre 1921, à la Maternité de la Pitié, parce que sa gros-

sesse est devenue douloureuse depuis quelque temps déjà. Rien de spécial à noter dans ses antécédents. Elle a eu une rougeole dans l'enfance, trois angines. Elle a un garçon de 13 ans.

Ses dernières règles datent du 6 au 14 juillet 1921. La grossesse s'est ensuite développée normalement. Elle a commencé à percevoir les mouvements actifs le 2 novembre. Mais déjà un peu auparavant elle avait ressenti un jour une douleur abdominale assez vive, qui s'était calmée dans la suite et à laquelle elle n'avait pas prêté attention. Cette douleur ayant reparu, la femme est venue consulter. On trouve un utérus d'environ 5 mois, normalement développé, le ballotement fœtal est nettement perçu par la palpation abdominale et par le toucher. De plus, au niveau du fond de l'utérus on perçoit une masse, qu'il est assez difficile de bien délimiter, qui est sensible à la palpitation. Elle semble assez peu mobile et cependant indépendante de l'utérus. Sa consistance semble dure. On porte le diagnostic de fibrome compliquant la grossesse, et l'on décide de pratiquer la laparotomie.

Laparotomie le 6 décembre 1921. M. le P^r Brindeau.

Incision élevée, étant donné le siège du fibrome. Il s'écoule un peu de liquide péritonéal. La face antérieure de l'utérus contient deux petits fibromes du volume d'un pois. La main plonge dans le ventre, va à la recherche du fibrome, qui est tordu, inséré au niveau de la corne. Il est du volume d'une orange, très dur, en voie de nécrobiose. Le pédicule est de la largeur d'une pièce de deux francs.

Incision circulaire sur le pédicule, en ayant soin de prendre une collerette sur la tumeur elle-même. Décollement de cette collerette, ablation du fibrome. Hémorragie nulle. Capitonage en deux plans. Surjet sur le bord du péritoine. Suture en trois plans de la paroi.

Opération très simple. On n'a pas eu besoin de sortir l'utérus. Anesthésie chloroformique.

Suites opératoires très simples. La malade sort guérie le 24 décembre 1921.

L'examen histologique montre, d'une part, du muscle utérin normal, bien coloré avec des fibres lisses, leur noyau, leur aspect fasciculé, d'autre part des surfaces ayant à peine pris le colorant, teintées uniformément en rose pâle, se distinguant seulement par une apparence vaguement fébrillaire d'une substance absolument amorphe. Quelques vaisseaux se présentent sur la coupe, dans la partie musculaire.

H. OBSERVATIONS AVEC EXAMEN HISTOLOGIQUE

N^o IX A XVII INCLUS

OBSERVATION IX

Obs. Cornil. Bull. Acad. Méd. 7 févr., 1893, p. 162-6.

La malade enceinte de six mois, et dont la grossesse n'avait pas été soupçonnée, avait vu se développer en quelques mois une tumeur considérable, remontant jusqu'au dessus de l'ombilic, sphérique, solide et occupant le petit bassin et l'abdomen sur la ligne médiane. M. Péan en pratiqua l'ablation, après laparotomie. Tout l'utérus et le myome qui était développé dans sa paroi, au-dessus du fond de sa cavité, avait été enlevé après la section et la ligature du col, qui était resté, fermant la partie postérieure du vagin. Les suites de l'opération se sont passées sans accidents et la malade a guéri.

Examen à l'œil nu. — Pièce ayant la forme d'un globe utérin de la grosseur d'une tête d'adulte ; les faisceaux musculaires hypertrophiés se voyaient sur toute sa surface au-dessous de la lame péritonéale. Sa partie supérieure, la plus volumineuse, était formée par un énorme myome développé dans la paroi utérine. Après avoir pratiqué une incision dans cette tumeur, on voyait d'abord des faisceaux musculaires appartenant à la paroi musculuse hypertrophiée de la matrice, faisceaux qui avaient conservé leur apparence et leur direction normales et qui mesuraient environ 8 millimètres en épaisseur.

Au-dessous de ce plan musculux, le myome apparaissait ramolli par places, et creusé de cavités en géodes anfractueuses de 1 à 2 centimètres de diamètre ou plus petites sous formes de fentes. L'intérieur de ces géodes ou fentes était rempli d'un détritux liquide muqueux, épais, blanchâtre, très poisseux. Ce liquide ne ressemblait pas au pus ni au suc des tumeurs cancéreuses..... la paroi inégale ce qui permettait d'écarter l'idée de suppuration ou de cancérisation de la tumeur, la paroi inégale de ces cavités présentant des reliefs généralement décolorés, semi-transparents, tandis que le reste du tissu du myome était très congestionné, rosé ou rouge.

Dans les parties solides de la tumeur, on trouvait aussi de petits îlots dont la couleur blanchâtre, dont l'anémie et la semi-transparence, très manifestes, tranchaient avec la couleur rosée ou rouge du tissu myomateux qui les englobait.

Le corps de l'utérus contenait un œuf complet normal.

Examen histologique. — Les lobules anémiés étaient exsangues et mortifiés, au milieu de faisceaux atteints au contraire d'une hypernutrition avec des vaisseaux remplis de sang.

Liquide muqueux et opaque contenu dans les géodes contient :

1° Des globules blancs munis d'un ou plusieurs noyaux se colorant bien par les matières colorantes de la nucléine. La plupart de ces globules offrent de fines granulations graisseuses.

2° Des globules rouges en petit nombre.

3° Des corps granuleux ou cellules sphériques de 20 à 25 μ remplies de granulations graisseuses plus ou moins fines, plus grosses que celles qui remplissent les globules blancs. Ces corps granuleux sont tous pourvus d'un noyau ovoïde se colorant bien par le carmin et l'hématoxyline.

4° Des fibres musculaires libres ou mises bout à bout volumineuses, ayant 8 à 10 μ de largeur sur 50 à 70 μ de longueur, en fuseau, terminées par des extrémités très effilées. Toutes ces fibres musculaires possèdent dans leur protoplasma des granulations graisseuses fines. Beaucoup d'entre elles possèdent un noyau épais colorable par le carmin et l'hématoxyline. Dans les autres, le noyau n'existe plus, ou n'est pas susceptible d'être coloré.

Ainsi le premier résultat de l'examen microscopique, fait constater des foyers de ramolissement des faisceaux musculaires, avec des fibres hypertrophiées granulo-graisseuses dissociées par des leucocytes et des corps granuleux chargés des produits de leur désintégration.

Lorsqu'on examine par dissociation dans le picro-carmin le tissu ramolli qui forme la paroi des géodes, on y trouve les mêmes éléments que dans le liquide, c'est-à-dire des globules blancs, des corps granuleux et des fibres musculaires, les unes grosses, en dégénérescence graisseuse, les autres atrophiées. Les fibres musculaires se séparent très facilement les unes des autres sous l'action des aiguilles.

Les coupes pratiquées après durcissement dans l'alcool, rendent compte de ce processus. Elles permettent en outre de constater que dans ce myome il existe, soit au bord des géodes, soit disséminées au milieu de ses parties solides, des îlots dans lesquels les fibres musculaires sont mortifiées. Ce sont précisément ces îlots qui paraissent anémiques, comme cireux, semi-transparents à l'œil nu.

Sur les coupes on voit des séries de faisceaux musculaires dans lesquels les vaisseaux sanguins sont dilatés et remplis de sang, en même temps que les fibres musculaires sont très volumineuses et séparées par places par quelques globules blancs migrants.

Ces fibres musculaires, lorsqu'elles paraissent suivant leur longueur, présentent la dimension notée plus haut et des noyaux ovoïdes volumineux ; lorsqu'elles se montrent coupées en travers, elles offrent souvent 10 μ de diamètre, sont circulaires ou ovoïdes et quand la section passe à travers le noyau ce dernier est circulaire au milieu de la coupe de la fibre musculaire. Tous les éléments fibres et noyaux, sont colorés par le carmin et l'hématoxyline.

Par opposition avec ce tissu musculaire de néoplasme en activité nutritive, les îlots mortifiés situés au milieu de lui, qui atteignent de 1 à 5 millimètres de diamètre ou même plus, se colorent très mal par les mêmes substances colorantes qui, dans les mêmes préparations, se fixent fortement sur les cellules et les noyaux.

On peut les reconnaître au premier abord, avec un faible grossissement, en raison de leur transparence et de leur très faible coloration comparative. Avec un grossissement de 250 diamètres, on reconnaît que tous les vaisseaux sanguins de la partie mortifiée ne contiennent pas de globules rouges, mais seulement quelques fibrilles de fibrine minces et des globules blancs pâles à contour mince et indécis, et dont le noyau ne se colore plus.

Les veines ne sont pas distendues et les artérioles sont revenues sur elles-mêmes, contractées.

La paroi des vaisseaux, le tissu conjonctif, très peu abondant, et les faisceaux musculaires qui forment la majeure partie de ces îlots mortifiés ne présentent aucun noyau colorable par le carmin ou par l'hématoxyline. Ces noyaux ne sont, le plus ordinairement, pas même visibles avec un grossissement de 250 diamètres. Il faut, pour les voir, un objectif à immersion homogène et un petit diaphragme.

Les fibres musculaires sont petites, elles ne dépassent pas, en longueur et en épaisseur, les fibres normales ; leur protoplasma se colore aussi très facilement. Leurs faisceaux, vus en long ou sur des sections transversales, permettent d'apprécier très facilement leur étroitesse, leur disposition fasciculée, comme dans tous les myomes, et l'absence de noyaux colorés.

A la périphérie des îlots mortifiés, dont les cellules ne sont plus vivantes, on trouve, entre eux et le tissu musculaire très congestionné et riche en fibres hypertrophiées, une zone dans laquelle il existe un grand nombre de globules blancs migrants en dégénérescence graisseuse et des corps granulo-grasieux. Cette inflammation avec diapédèse et phagocytose très manifeste, existe à la limite des parties vivantes et mortifiées. C'est ainsi que

l'on constate, dans cette zone intermédiaire, du côté des muscles hypertrophiés et vivants, des rangées de cellules lymphatiques rondes, non granuleuses entre les fibres musculaires et du côté du tissu mortifié des accumulations de globules blancs granulo-grasieux, entourant des fibres musculaires petites, mortifiées, ne se colorant ni par le carmin ni par l'hématoxyline.

Que cette zone intermédiaire des globules migrants s'accuse davantage, et l'on aura de véritables sillons séparant les muscles vivants et hypertrophiés de ceux qui sont atrophiés ou morts.

Telle est assurément l'origine des sillons et des géodes remplies d'un liquide muqueux riche en globules blancs et corps granuleux dans ce myome.

OBSERVATION X

(Obs. Lepage, Soc. Bbst., Gyn., et Ped., 1900, p. 62)

Grossesse à terme dans un utérus fibromateux partiellement dégénéré. — Hémorragie grave liée à une insertion basse du placenta. — Opération de Porro. — Guérison, enfant vivant.

Résumé.

Mme G..., secondipare, ayant déjà, en 1897, un accouchement compliqué d'hémorragie due à une insertion basse du placenta, se présente au D^r L..., le 30 mars 1899, ayant eu ses dernières règles du 26 au 29 octobre 1898. A l'examen, on trouve l'excavation libre, l'utérus paraissant régulièrement développé, bien qu'un peu volumineux. De chaque côté, vers la partie inférieure de l'utérus, surtout du côté gauche, on sent une induration fibromateuse.

Revue plusieurs fois, jamais cette femme ne présentait d'albuminurie.

En juillet, utérus très développé, fœtus déjà volumineux en situation transversale tête à droite.

Dans la nuit du 30 au 31 juillet, Mme C... perd du sang.

Examen. — Fœtus toujours très élevé, en position transversale, dos en avant, tête à droite. Col très élevé. Une masse épaisse de consistance mollassée occupe tout le segment inférieur. Aucune douleurs. On décide une hystérotomie abdominale, qui est faite d'urgence, l'hémorragie devenant menaçante.

L'enfant extrait est ranimé sans insufflation au bout de 8 à 10 minutes.

Bien que la partie inférieure de l'utérus soit occupée presque en totalité par des fibromes pour la plupart ramollis, il semble possible de faire un moignon, ce qui paraît préférable étant donné l'état hémorragique de la femme, étant donné que la désinfection du vagin a été nulle ou à peu près pendant les jours qui ont précédé l'accouchement.

Suites opératoires fébriles, vomissements, sphacèle du moignon. Le 22 août, la malade sort de la maison de santé. Cependant, une fistulette communiquant avec le vagin ne se tarit définitivement qu'un commencement de novembre.

Examen des pièces.

Macroscopique. — Description de l'utérus :

Le placenta est intéressé par la section de l'utérus. A la partie latérale et inférieure gauche de l'utérus est appendue une masse du volume des deux poings, formée en partie de tissu fibromateux dur, en partie de tissu jaunâtre, gélatineux, infiltré de sérosité sanguine.

A droite, répondant à la partie moyenne de la section du ligament large correspondant, existe, reliée au tissu utérus par un pédicule, une masse du volume d'une noix, jaunâtre, fibreuse, parcourue de sillons.

Histologique. — Tumeur du côté droit présente même coloration que le tissu utérin, elle est dure, résistante, la surface de coupe est blanc rose. Elle présente à la coupe les caractères habituels des fibromyomes, prédominance en certains points de fibres musculaires, en d'autres points de tissus fibreux.

Tumeur de gauche d'aspect translucide, gélatineux, molasse, la coupe, succulente, laisse écouler un liquide mucoïde peu abondant.

L'examen histologique montre sur les coupes des noyaux nettement colorés, la plupart fusiforme, quelques-uns triangulaires, enfin quelques noyaux arrondis.

Autour des noyaux, une mince couche de protoplasme présentant les mêmes formes, et envoyant des expansions protoplasmiques, qui paraissent s'anastomoser avec les expansions des cellules voisines.

Les corps cellulaires sont séparés par des intervalles considérables. Ces intervalles sont occupés par un réseau de fines fibrilles colorées en rose et dessinées sur un fond coloré en rose beaucoup plus clair.

En certains points de la tumeur, les cellules beaucoup plus nombreuses et plus serrées, prennent l'aspect du sarcome fuso-cellulaire.

Çà et là on aperçoit sur la coupe des espaces clairs, de véritables vides ; ceux-ci sont de deux ordres :

1° Les uns volumineux, à contours polycycliques, sans paroi propre, sans endothélium, sont divisés en alvéoles de volume irrégulier par des travées de tissu conjonctif mal coloré. Quelques-unes de ces cavités contiennent des débris cellulaires granuleux se colorant mal ; quelques-unes constituent aussi de véritables fissures au milieu de cellules dégénérées. Ces cavités sont évidemment le résultat de la fonte d'un certain nombre de cellules, fonte d'où résulte la formation de véritables kystes ;

2° Les autres espaces clairs correspondent manifestement à la coupe des vaisseaux sanguins.

Résumé : 1° fibromyome ; 2° myxome kystique. Tumeur bénigne dans son ensemble, avec quelques réserves au point de vue de la récurrence.

OBSERVATION XI

(Piquand et Lemeland. *L'Obstétrique* 1910, p. 30)

Mme S..., âgée de quarante-six ans, entre à la Charité, le 7 février 1909. Depuis dix-huit mois, la malade se plaint de douleur abdominales et de pertes utérines sanglantes et séreuses ; en même temps, elle a vu se développer une tumeur qui a pris, depuis quelques mois, un développement considérable.

A l'examen, on trouve une tumeur solide remontant jusqu'à l'ombilic et faisant nettement corps avec l'utérus.

Diagnostic : fibrome utérin.

Hystérectomie subtotale.

Suites opératoires normales. Guérison.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un fibrome utérin avec grossesse de quatre mois environ. Le fibrome développé dans la paroi du fond de l'utérus présente à peu près le volume d'une tête de nouveau-né, il fait une saillie considérable dans la cavité utérine qu'il remplit en grande partie en refoulant le sac fœtal en avant et à gauche. A la palpation, ce fibrome donne une sensation de consistance très irrégulière, dure par endroits, molle et même fluctuante en d'autres. A sa surface, on voit de gros vaisseaux surtout développés à la partie supérieure.

A la coupe, on constate que la tumeur est entourée par une sorte de coque fibro-musculaire très épaisse avec de gros vaisseaux dilatés et béants, cette coque renferme une masse de consistance molle, creusée d'un grand nombre de cavités irrégulières, remplies les unes par une substance d'aspect et de consistance gélatineuse, les autres par un liquide épais, blanchâtre, très poisseux. Les travées qui séparent ces cavités sont plus ou moins épaisses, formées par un tissu œdématié de coloration blanchâtre ou jaunâtre, laissant suinter du liquide à la coupe.

Examen histologique. — Les coupes faites à la périphérie montrent que la coque qui limite la tumeur est formée par du tissu musculaire groupé en faisceaux réguliers séparés par des bandes de tissu conjonctif. Les fibres musculaires sont très volumineuses, coupées suivant leur longueur, elles atteignent 40 à 50 μ et présentent un noyau ovoïde bien colorable; coupées en travers, elles présentent de 8 à 10 μ de diamètre avec un noyau circulaire; le protoplasma qui entoure ce noyau est infiltré de nombreuses granulations.

Entre ces faisceaux, on voit des bandes de tissu conjonctif, dont les fibrilles irrégulièrement anastomosées, forment une sorte de réseau renfermant de nombreux vaisseaux, des cellules jeunes, des noyaux et des leucocytes. Par endroits, les vaisseaux sont extrêmement nombreux, ce sont pour la plupart des vaisseaux embryonnaires, dont la paroi est formée par un simple endothélium, certains d'entre eux sont entourés par des amas de noyaux irrégulièrement groupés.

Sur les coupes faites au niveau des travées qui séparent les cavités creusées dans la tumeur, les fibres musculaires sont moins nombreuses et surtout moins nettes; leur noyau se colore difficilement, leur protoplasma s'infiltré et se confond avec le tissu avoisinant, en sorte que leurs limites deviennent difficiles à apprécier. En même temps, les fibres du tissu conjonctif s'écartent progressivement de façon à former des mailles de plus en plus grandes remplies par du liquide ou par une substance légèrement grenue non colorables par les réactifs, dans laquelle on peut distinguer quelques noyaux, quelques cellules conjonctives et surtout de nombreux leucocytes infiltrés de graisse. Dans le voisinage immédiat des cavités, la disposition réticulée devient moins nette, et finit par disparaître complètement, en sorte qu'on ne trouve plus qu'une substance presque amorphe renfermant seulement des leucocytes et quelques fibres musculaires complètement dégénérées et à peine colorables.

La paroi même des cavités kystiques présente un aspect assez variable. Tantôt elle est constituée par un tissu fibrillaire condensé formant une paroi régulière et homogène, tantôt et plus souvent elle est creusée au milieu d'une substance amorphe non colorable dans laquelle on ne trouve aucun élément anatomique.

Le liquide contenu dans les cavités montre à l'examen microscopique la présence de globules blancs souvent chargés de granulations graisseuses, de fibres conjonctives et de quelques fibres musculaires gonflées et déformées.

OBSERVATION XII

(Piquand et Lemeland. *L'Obstétrique*, 1910, p. 32)

Mme L..., âgée de 58 ans, entre à la Pitié, le 5 janvier 1905. Depuis dix-huit mois, la malade se plaint de douleurs abdominales et de pertes, depuis cinq mois les douleurs sont plus vives et les pertes extrêmement irrégulières ; en même temps, la malade constate que son ventre augmente de volume, depuis un mois elle souffre atrocement d'envies presque continuelles d'uriner.

A l'examen, on sent une tumeur qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; cette tumeur paraît arrondie avec une ou deux bosselures, elle présente une consistance un peu molle et suit nettement les mouvements imprimés à l'utérus.

Diagnostic : fibrome utérin.

Hystérectomie supravaginale.

L'examen de la pièce montre qu'il s'agit d'un utérus gravide d'environ trois mois et demi avec trois tumeurs fibreuses. La tumeur la plus volumineuse (volume d'une tête d'enfant), est développée aux dépens du fonds et de la paroi antérieure de l'utérus ; elle fait dans la cavité utérine une saillie recouverte par la muqueuse qui se moule en quelque sorte sur le sac fœtal.

Les deux autres tumeurs constituent chacune un nodule gros comme une pomme, unies par une partie rétrécie à la paroi postérieure et gauche de l'utérus.

La masse principale, de consistance molle, présente à la coupe l'aspect d'un fibrome fortement œdématisé. On peut lui distinguer deux parties : 1° la partie périphérique, formée par du tissu fibromateux à peu près normal, seulement un peu mou et présentant une coloration légèrement rosée ; 2° la partie centrale, plus considérable, est formée par un tissu très mou, de coloration plus foncée, rougeâtre en certains points, violacé en d'autres ; elle est infiltrée par endroits de traînées d'un tissu jaune verdâtre de consistance gélatineuse et creusée en plusieurs points de petites cavités irrégulières allongées et remplies par un liquide sanguinolent.

Les deux autres tumeurs sont formées par du tissu blancs rosé plus mou et plus foncé au centre qu'à la périphérie.

Examen histologique. — Les coupes faites à la périphérie du fibrome montrent un tissu très riches en fibres musculaires. Celles-ci sont très hypertrophiées, atteignant jusqu'à 12 ou 12 μ de diamètre sur 50 à 60 μ de longueur, leur protoplasma est chargé d'un grand nombre de granulations. A côté de ces fibres musculaires hypertrophiées, on trouve, surtout au voisinage des vaisseaux, des éléments analogues, mais beaucoup plus petites

avec un gros noyau allongé entouré d'une petite quantité de protoplasma et qui paraissent être des fibres musculaires jeunes en voie de développement.

Toutes ces fibres musculaires sont groupées sous forme d'îlots séparés les uns des autres par des travées plus ou moins épaisses de tissu conjonctif et œdédié, renfermant de nombreuses cellules embryonnaires. En certains points, ce tissu devient plus abondant et tend à dissocier les fibres musculaires. Sur toutes les coupes, on voit de nombreux vaisseaux, pour la plupart dilatés et remplis de globules rouges.

Sur les coupes prises à la partie moyenne de la tumeur, les fibres musculaires sont moins nombreuses, noyées en quelque sorte dans le tissu conjonctif et surtout, ces fibres musculaires paraissent fortement altérées, leur protoplasma est infiltré par de nombreuses granulations colorables en noir par l'acide osmique. Leurs contours sont nus et se confondent même par endroits avec le tissu environnant, et leurs noyaux sont difficilement colorables.

Le tissu conjonctif qui entoure ces fibres musculaires altérées présente un aspect réticulaire dû à la présence de fibres, qui s'écartent les unes des autres de façon à limiter des mailles remplies par une substance mal colorable, dans laquelle on distingue des granulations, des noyaux plus ou moins colorés et des globules sanguins. En divers points, ce réseau conjonctif renferme de nombreuses cellules, les unes groupées en amas autour des vaisseaux, les autres disséminées, présentant un aspect arrondi, ou étoilé en donnant aux coupes l'aspect d'un myxo-sarcome.

Sur les coupes faites au niveau de la partie centrale de la tumeur, à mesure qu'on se rapproche des points les plus ramollis, la structure devient moins nette, les éléments histologiques se gonflent, deviennent mal limités, et finissent par disparaître : les fibres lisses, de plus en plus volumineuses et de moins en moins distinctes, finissent par se confondre complètement avec le tissu avoisinant ; les travées qui séparent ces fibres s'œdédié également, augmentent de volume, et finissent par se fusionner en une masse gélatineuse vaguement fibrillaire. Au centre des masses ramollies, on ne trouve plus qu'une masse œdédié présentant de loin en loin quelques noyaux, des amas de leucocytes et de granulations graisseuses. Au niveau des parties les plus foncées, on constate la présence de nombreux vaisseaux et surtout d'un grand nombre de globules, les uns remplissant les vaisseaux, les autres infiltrant le tissu avoisinant où ils forment des amas irréguliers.

Au niveau des traînées gélatineuses, les altérations histologiques sont à leur maximum, toute structure fibrillaire disparaît et finalement le tissu œdédié devient

complètement amorphe, constitué uniquement par une substance jaunâtre plus ou moins consistante sans aucun élément reconnaissable.

OBSERVATION XIII

(Obs. Chavannaz. Annales Gyn. et Obst., 1910.)

Mme X..., âgée de 25 ans, a toujours joui d'une bonne santé ; elle n'a présenté que quelques légères atteintes de grippe. Les premières règles se sont montrées à l'âge de 15 ans. Depuis, elles sont revenues le 26 ou le 27 de chaque mois ; elles duraient 4 à 5 jours, n'étaient pas accompagnées de caillots, mais elles étaient douloureuses.

En dehors de la présence des règles, le ventre n'était le siège d'aucune douleur. Il n'y avait pas de constipation, pas de trouble de la miction.

C'est donc dans des conditions de santé en apparence parfaites que se trouvait la malade lorsqu'elle se maria, le 19 avril 1910. Il est bon, cependant, de noter à ce sujet que les règles, contre toute attente, étaient survenues le 17 ; elles durèrent deux jours.

Le jour même de son mariage, Mme X... part en auto pour faire son voyage de noces. Six jours plus tard, il y a une petite perte sanguine. Au mois de mai, les règles ne se montrent pas, la patiente éprouve quelques douleurs de tête, une sensation de fatigue, de la tuméfaction des seins et quelques légères nausées. Le médecin de la famille pense logiquement à un début de grossesse.

Le 12 juin, Mme X... est fatiguée, elle a dans le ventre des petites coliques, comme si ses règles allaient revenir. Elle sort cependant en automobile. Elle ressent douloureusement toutes les recousses que lui imprime la voiture et a une sensation de froid marqué. Rentrée chez elle, la malade urine très difficilement et avec douleur. Le lendemain, 13 juin, les accidents douloureux augmentent, la miction est impossible et on doit recourir au cathétérisme ; le ventre est ballonné. La malade fait appeler son médecin ordinaire, le docteur Cayla. Notre confrère constate que la température est de 39°, avec pouls à 110. Il prescrit l'application de glace sur le ventre et l'emploi des injections sous-cutanées de morphine. Cet état persiste avec de simples variations dans la température, lorsque nous sommes appelés en consultation, le 15 juin.

La malade a le faciès pâle, fatigué, mais non péri-tonéal. Le ventre est un peu ballonné. Après cathétérisme vésical, rendu indispensable par la rétention d'urine, nous procédons à l'examen,

La palpation décèle, dans la région hypogastrique et dans la partie inférieure de la fosse iliaque droite, une tuméfaction dont les contours sont faciles à préciser. Le toucher montre un col ramolli. Le corps utérin est volumineux et il est flanqué en avant et à droite d'une masse ayant à peu près la grosseur d'un petit poing de femme. Cette masse est assez dure et à peu près confondue avec l'utérus. Elle occupe, d'ailleurs, le cul-de-sac antérieur et le cul-de-sac droit. Ces détails sont difficiles à préciser en raison des douleurs éprouvées par la patiente. Les seins sont augmentés de volume. Les aréoles sont pigmentées anormalement ; la pression fait sourdre une goutte de liquide au niveau d'un des mamelons. Il y a quelques nausées.

Le pouls est à 110 ; le thermomètre marque 38°. Nous hésitons comme diagnostic entre hématoécèle antéro-latéro-utérine consécutive à un avortement tubaire et grossesse dans un utérus fibromateux avec sphacèle, mais nos préférences vont nettement à la première de ces opinions.

Pour des raisons diverses, la malade n'entre dans une maison de santé que six jours plus tard, soit le 21 juin.

Au moment de l'entrée, l'état local persiste ; cependant, le ventre est moins douloureux et la miction spontanée s'est reproduite.

Le 22 juin, *laparotomie*. Le ventre ouvert, nous voyons aussitôt que l'utérus d'apparence gravide, porte sur sa face antérieure une tumeur de forme arrondie, de coloration foncée, tout à fait sessile, ayant les caractères d'un fibrome. Ce fibrome est réuni par des fausses membranes fibreuses avec le péritoine pariétal et l'intestin, au niveau de sa portion inférieure et droite. Nous faisons une longue incision sur la tumeur, ouvrant sa capsule, et nous pratiquons facilement la myomectomie. Cependant, si la cavité utérine n'est pas ouverte, le fond même de la plaie ne semble guère être constitué que par la muqueuse utérine. La réparation paraît possible et nous allons commencer la suture utérine, mais auparavant nous faisons pratiquer, par un assistant, la section du fibrome extirpé. La tumeur se montre à la coupe avec la couleur violacée et noirâtre caractéristique du sphacèle. Dans ces conditions, nous n'osons pas persister dans le traitement conservateur et nous pratiquons l'*hystérectomie subtotale* avec ablation des annexes droite ; l'ovaire gauche est conservé.

Le moignon du col, après thermo-cautérisation, est drainé par le vagin. La péritonisation est pratiquée avec soin. Le ventre est refermé en laissant un drain de caoutchouc à l'angle inférieur de la plaie.

L'opération est bien supportée, mais est suivie d'une ascension thermique à 38°2 qui se maintient durant 36

heures. Le drain est enlevé au bout de quarante-huit heures.

La guérison *per primam* est obtenue.

La pièce extirpée montre un utérus volumineux, ne portant d'autre fibrome que celui qui a nécessité l'opération. Cet utérus contient un petit fœtus d'environ 2 centimètres de longueur.

L'examen microscopique pratiqué par notre préparateur, M. Nadal, a fourni les détails suivants : la tumeur myomateuse est gravement atteinte dans sa totalité. Les altérations microscopiques sont plus profondes encore que ne le faisait penser l'examen macroscopique. Des zones étendues sont entièrement mortifiées. Ailleurs, il n'y a plus de noyaux sains ; la plupart présentent des atteintes pycnotiques extrêmement prononcées, quelques-uns ne réagissent plus aux matières colorantes.

Le corps protoplasmique des fibres musculaires a subi, presque en tous ses points, une dégénérescence granulo-graisseuse et a, de ce fait, un aspect trouble caractéristique.

La paroi utérine est saine ; elle présente seulement une hypertrophie très manifeste de ses éléments contractiles. Le stroma fibreux est extrêmement réduit.

Quant aux caduques, elles offrent des caractères d'ensemble à peu près normaux, mais cependant elles paraissent assez infiltrées d'éléments embryonnaires.

OBSERVATION XIV

(Krusen, *Am. Journ. Obst.*, 1920, t. 61, p. 459.)

Mme L..., 27 ans, souffre depuis plusieurs années dans le côté droit, surtout après un exercice. Dernières règles : novembre 1907. En avril 1908, abdomen très volumineux, présentant du côté droit une zone molle séparée par un sillon de ce qu'on supposait être un utérus gravide de 5 mois.

Diagnostic : fibrome compliquant la grossesse.

Le lendemain, on fit une hystérectomie supravaginale.

La malade guérit et quitta l'hôpital le 28 avril.

Examen de la pièce. — Poids 2.900 gr. L'utérus contient un œuf complet. Le fibrome examiné au microscope a l'apparence d'un fibrome dur, mais çà et là existent des zones de très larges cellules fuselées avec de gros noyaux rappelant une dégénérescence sarcomateuse. Abondance de vaisseaux aux parois épaisses. Les géodes vues à l'œil nu représentent du tissu nécrosé. Elles sont infiltrées à leur périphérie par de petites cellules rondes.

OBSERVATION XV

(Heimo. *Annales de Gynécol. et d'Obst.* Mars-avril 1917.)

Malade de 35 ans, réglée à 14 ans, régulièrement. Depuis 2 ans son ventre augmente de volume et elle accuse des tiraillements douloureux dans la région lombaire, mais sans aucune modification des règles. Dernières règles en février 1911. A partir de ce moment l'abdomen se développe rapidement et la malade ressent une pesanteur au ventre. Les tiraillements s'accroissent plus douloureux et s'irradient vers l'abdomen jusqu'aux jambes. Mictions fréquentes et peu abondantes ; selles deviennent rares et douloureuses. La respiration se fait difficile et l'état général s'altère.

Examen le 3 mai 1911 : abdomen augmenté de volume, asymétrique, surtout du côté droit. A la palpation on sent une tumeur de consistance kystique, peu mobile qui remonte jusqu'à 3 travers de doigt, au-dessous de l'appendice xyphoïde, mate dans toute son étendue.

Auscultation négative. Pas de colostrum aux seins, organes génitaux externes ayant gardé leur coloration normale. Au toucher, vagin lisse, col ramolli, utérus faisant corps avec la tumeur. Dans le Douglas on sent une résistance molle. Pouls 130. Au début on pense à une tumeur myomateuse avec grossesse, mais devant l'absence de troubles antérieurs de la menstruation on envisage la possibilité d'un kyste intraligamentaire.

Le 16 mai 1911 les douleurs augmentent, l'état général est peu brillant, et étant donné l'incertitude du diagnostic on se décide à intervenir.

Laparotomie médiane. — L'abdomen ouvert on constate que l'utérus est le siège d'une tumeur correspondant à une grossesse de 8 mois environ. Veines très dilatées. Extériorisation et isolement de la tumeur. On voit alors une proéminence myomateuse qui plonge dans le Douglas. Annexes saines. Le diagnostic de myome et grossesse s'affirme. On fait une hystérectomie d'après Kelly. Péritonisation. Duré de l'opération 32 minutes.

La malade quitte l'hôpital le 5 juin 1911. Au toucher les culs-de-sac sont souples. Etat général excellent.

La pièce anatomique constitue une grosse tumeur fusiforme de 33 cm. × 30 (photographie jointe). La face antérieure présente une tumeur myomateuse de consistance molle ; la partie inférieure de cette face correspond à un pôle de la grosseur d'une grosse orange. Annexes droites insérées très bas. Les gauches s'insèrent à 21 centimètres de la tranche de section.

La face postérieure est ouverte et présente deux étages. Le premier, le supérieur, forme une tumeur myomateuse de 16 sur 31 cm., molle et fluctuante. Au centre on trouve

une cavité anfractueuse. La deuxième, l'inférieure, est la cavité utérine contenant un fœtus de 4 mois environ. L'utérus gravidé était donc bien refoulé dans le Douglas.

Examen microscopique du contenu de la cavité. — La plus grande partie de la coupe montre des fibres musculaires coupées en long et en travers, très mal colorées et sans noyau visible. Ces fibres sont parsemées de leucocytes polynucléaires. Entre ces fibres musculaires on voit de larges espaces, comme si elles étaient séparées par de l'œdème.

D'autres parties de la coupe sont mieux colorées ; les noyaux ressortent davantage, mais on remarque partout le même œdème, portant autant sur le tissu musculaire que sur le stroma conjonctif.

Par places les cellules sont très œdématisées, très augmentées de volume, avec un noyau gonflé, de forme irrégulière. Pas de globules rouges dans les coupes. Les vaisseaux lymphatiques sont très développés.

Dans une autre coupe, on voit d'une façon générale les mêmes images, mais on distingue, en plus, de grosses cellules de forme étoilée qui font penser à de la dégénérescence myomateuse. De sorte que dans ce cas, nous ne trouvons pas de signes d'hémorragie cités par Virshov, mais bien l'aspect de la dégénérescence par œdème.

OBSERVATION XVI

(Obs. Chavannaz. Congrès Franç. de Chirurgie 1919, p. 705.)

H..., âgée de 38 ans, vient nous consulter pour une tumeur siégeant dans le côté gauche de l'abdomen et constatée par le médecin traitant au cours d'un examen nécessité par l'évolution d'une grossesse.

Cette femme a toujours joui d'une excellente santé ; tout au plus si l'on peut relever dans ses antécédents une atteinte de rougeole. Les règles se sont montrées pour la première fois à quatorze ans ; elles ont été régulières, non douloureuses, non accompagnées de caillots, de durée normale. Quand la patiente vient prendre notre avis au début de 1918, les règles sont suspendues depuis le 17 septembre 1917.

Au cours de notre examen, nous notons les détails suivants : le ventre est volumineux et présente une masse inférieure médiane, remontant au voisinage de l'ombilic, laquelle est constituée par l'utérus gravidé. Il ne saurait y avoir de doute sur l'existence d'une grossesse, car les bruits du cœur fœtal sont facilement perçus. Dépassant en haut l'utérus, plongeant dans le flanc gauche existe une

tumeur du volume du poing, mobile, dure, non douloureuse à la pression. Il est impossible de préciser davantage les rapports pouvant exister entre cette tumeur et l'utérus ; on ne peut en particulier trouver de pédicule les réunissant.

L'état général est bon ; pourtant le teint est pâle et cette pâleur s'est établie depuis quelques semaines. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

En interrogeant la malade, on apprend qu'au mois de décembre, il y a eu quelques phénomènes douloureux au niveau de la tumeur et que la température s'est élevée à 37°4, mais ces accidents ont été peu durables et peu marqués.

Nous conseillons l'intervention et la patiente entre dans notre service. L'état est resté sans changement depuis notre examen. La température prise pendant une semaine a oscillé entre 36°6 et 37°5.

L'opération est faite le 25 février 1918, sous anesthésie chloroformique et après injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine. Une incision médiane de 15 centimètres est pratiquée, intéressant les régions sus et sous ombilicales. L'utérus se présente aussitôt avec son aspect spécial tenant à la gravidité. La main glissée en haut et à gauche, ramène une tumeur du volume d'une grosse orange, à laquelle est fixé l'épiploon par des adhérences étendues et vasculaires. Ces adhérences sont détruites, et l'épiploon est ligaturé. On voit que la tumeur est réunie à la partie gauche du fond de l'utérus, par un pédicule du volume du doigt. Ce pédicule est saisi par transfixion dans une ligature. Il est ensuite sectionné au bistouri, de telle façon que la coupe affecte un aspect bivalve. Suture des deux lèvres de la plaie pédiculaire à points séparés au catgut. Il faut noter à ce sujet que le pédicule est très vasculaire, et saigne beaucoup sous l'aiguille.

L'hémostase complète est pourtant obtenue. La suture de la paroi abdominale est faite à trois plans sans drainage, et elle est renforcée par quatre fils d'argent prenant toutes les couches pariétales à l'exception du péritoine.

L'opération est très bien supportée ; à aucun moment on ne peut signaler de contractions utérines et de menace d'avortement chez la patiente qui est placée pendant les premiers jours sous l'influence de la morphine.

Au point de vue suites opératoires, il convient de signaler pendant une semaine une élévation de la fréquence du pouls.

Le 4 mars tout est normal. La guérison est obtenue *per primam*. La patiente quitte l'hôpital le 23 mars en parfait état. A cette date son teint est transformé, il est devenu rose, tranchant tout à fait avec celui qui existait à l'entrée.^T

La grossesse a évolué sans incident. H..., a accouché spontanément à terme d'un enfant vigoureux, qu'elle a allaité elle-même. La cicatrice opératoire n'a pas souffert des efforts de l'accouchement.

La tumeur a été examinée aussitôt après l'extirpation, et nous avons pu relever les particularités suivantes:

Le néoplasme, du volume d'une grosse orange, pèse 435 grammes, et offre une coloration rougeâtre. Il est de consistance ferme, sauf dans une zone limitée, où il existe de la fluctuation. Après stérilisation de la surface au thermocautère, cette zone fluctuante est ponctionnée à l'aide d'une pipette de Pasteur qui ramène quelques gouttes de liquide. A l'incision la tumeur se trouve formée de plusieurs nodules secondaires. L'un d'eux du volume d'un œuf, est de couleur hortensia et même par places, violet foncé; il est ramolli, pulpeux en certains endroits et il est entouré par une zone de tissu lâche, véritable capsule, contenant un liquide louche épais, un peu hématique. Les autres nodules ont l'aspect blanc du fibrome vulgaire.

Notre distingué collègue, le D^r Sabrazès, a fait l'étude *microbiologique* du liquide prélevé; ce liquide puriforme s'est montré aseptique.

L'examen *anato-pathologique* a mis en évidence un fibromyome présentant des territoires fous, en tuméfaction trouble, des régions œdémateuses, des foyers hématiques, un peu de réaction, çà et là des cellules conjonctives en prolifération.

OBSERVATION XVII

(De Rouville. *Fibrome gravidique en état de dégénérescence polykystique*. Landureau, thèse de Montpellier, 1921).

Malade de 20 ans, entre à l'hôpital pour tumeur abdominale.

Règles à 13 ans, régulièrement, abondamment.

En février 1919, grippe pendant laquelle est constatée une augmentation de volume léger du ventre.

En septembre 1919 dernières règles, après lesquelles très brusquement le ventre augmente de volume considérablement. Œdème des jambes et douleurs lombo-abdominales. Vomissements. Amaigrissement de 5 kilogs.

Examen. — Facies ovarien, visage pâle, traits tirés, yeux cernés et creux, nez pincé, muqueuses exsangues. Dyspnée d'effort. Ventre de femme à terme. La palpation révèle une sensation générale de rénitence avec quelques petites masses plus dures, disséminées irrégulièrement; tumeur mate à la percussion. Auscultation négative. Tou-

cher: col très dur, difficilement accessible, situé très haut, en arrière, ramolli.

Utérus mobile, mais indistinct de la masse abdominale.

Intervention. — Laparotomie médiane xyphopubienne. Adhérences très étendues et serrées de la paroi abdominale avec la tumeur. Résection et ligature des brides épiploïques, et libération de l'intestin. Extériorisation de la tumeur qui est attachée à l'utérus par un pédicule long de 8 à 10 centim. sur 2 d'épaisseur. Hystérectomie. Fermeture sans drainage.

Examen des pièces. — Grosse masse fibro-kystique pesant 9 kilos 500. Le tissu fibreux est creusé de très nombreuses cavités en nombre incomptable. La majeure partie est constituée par des géodes du volume d'une orange, communiquant entre elles, mais deux plus grosses se trouvent au pôle supérieur et sur la face antérieure de la tumeur, du volume d'un petit melon. Le liquide contenu est clair, limpide, non coagulable spontanément. La paroi interne est lisse.

Pédicule très fibreux, blanchâtre à la coupe.

Utérus contient un fœtus vivant de trois mois.

Ovaires gros et kystiques.

Examen histologique. — Paroi extérieure de la tumeur limitée par une couche de tissu fibreux revêtu de cellules endothéliales.

Paroi de la poche kystique ne présente aucun revêtement épithélial. Elle est formée par des fibres musculaires groupées en faisceau qui s'entrecroisent dans toutes les directions. Aspect clair comme œdématisé du tissu conjonctif interfasciculaire qui est parcouru par d'énormes vaisseaux sanguins (grosses veines, gros capillaires très dilatés).

III. OBSERVATIONS SANS EXAMEN HISTOLOGIQUE

N^{os} XVIII A XLVI INCLUS

OBSERVATION XVIII

(Hegar, *Opérative gynakologic*, 16 nov. 1886).

Opère au 3^e mois de sa grossesse une femme porteuse d'un fibrome pédiculé, ramolli. Il pratique une myomectomie simple, respectant l'utérus. Péritonite et mort au 3^e jour.

OBSERVATION XIX

(Obs. Zweifel. *Central Blätt für Gynæk.*, 1888).

Fibrome complètement spacélé dans un utérus gravide au 7 mois. Laparo-myomectomie par une méthode particulière. La malade entra avec une température élevée et dans un état lamentable à la clinique gyn. Elle eut encore de la fièvre un jour après l'opération. Ensuite elle fit exception à la règle et guérit sans accidents. Nos points de suture suppurèrent un peu et la malade perdit une fois du pus par le vagin. Rien ne vint ensuite troubler sa santé.

Le diagnostic sur la nature de la tumeur hésite jusqu'à l'examen microscopique entre sarcome et fibrome spacélé.

OBSERVATION XX

(Obs. Belbet, in-*Archives Gén. de Médecine*, 1892.)

Sous le titre de fibromyome utérin sous-péritonéal adhérent à la paroi, difficultés du diagnostic. Opérations pendant la grossesse, l'auteur rapporte un cas de développement très rapide d'un fibromyome pendant la grossesse

amenant des phénomènes douloureux intenses. En raison de la superficialité des sensations fournies par la tumeur, on pense à une tumeur maligne de la paroi. La masse étant d'une rénitence un peu molle, qui doit faire penser à l'existence de liquide sans toutefois permettre de l'affirmer.

Duplay pratique une laparotomie le 17 novembre 1891; il tombe sur des adhérences péritonéales qu'il libère; il énuclée la tumeur. Excellentes suites opératoires. La grossesse continue, les mouvements actifs du fœtus sont perçus.

Malheureusement la femme meurt d'influenza en janvier après avoir accouché d'un fœtus mort.

La tumeur a la forme d'un galet un peu épais. Sa couleur est rouge violacé assez sombre. Consistance molle. Sur la coupe d'un rouge assez intense, on voit les trabécules fibromateux.

OBSERVATION XXI

(Lohlein. *Deutsche. Med. Work.*, 1893, XIV, 1134).

Grossesse de deux mois. Fibrome kystique dégénéré. Avortement après myomectomie.

OBSERVATION XXII

(Obs. Demons et Binaud. *Gazette hebdomadaire de Médecine de Bordeaux*, 1898.)

Louise D..., 28 ans, entre le 5 nov. 1897, dans le service du D^r Moussous.

Dernières règles en juillet. En même temps, le ventre a grossi et la malade a commencé à souffrir. Un médecin consulté pense à une menace d'avortement et conseille l'entrée à l'hôpital.

A son entrée, douleurs très vives, rebelles aux hypnotiques (chloral, morphine).

Examen sous chloroforme: femme amaigrie; ventre énorme, tumeur remontant jusqu'à l'appendice xyphoïde. Cette tumeur bosselée présente des parties dures ligneuses, à côté d'autres très molles.

Ni ballotement, ni petites parties fœtales. Au toucher, col élevé, ramolli. En arrière, tumeur molle donnant la sensation de fausse fluctuation. Peu mobile, elle se prolonge avec le col.

Seins augmentés de volume.

On diagnostique tumeur et grossesse et on met la malade en observation. L'amaigrissement s'accroît, la température s'élève, nausées. L'état général est de plus en plus grave. La tumeur est plus molle, un peu d'ascite. Les seins s'étant flétris, on écarte l'hypothèse de grossesse. *L'intervention* est jugée nécessaire.

Incision du pubis au xyphoïde. On trouve une tumeur double en forme de brioche renversée ou de ballon avec nacelle.

La première tumeur très molle, dépressible, donne sensation de ballotement. On la ponctionne. Il sort un liquide clair semblable au liquide amniotique. On agrandit l'ouverture et on trouve un fœtus de 4 mois et demi mort, mais non macéré. Placenta bien conservé, gorgé de sang.

Hystérectomie totale par le procédé de Richelot.

Un peu de fièvre le cinquième jour. Guérison.

Examen de la pièce. — La tumeur supérieure est un fibrome contenant dans son intérieur une autre tumeur en voie de *sphacèle*.

Deuxième tumeur molle contenant le fœtus.

Liquide amniotique stérile.

OBSERVATION XXIII

(Doleris. Thèse Turner, 1900, n° 5).

40 ans, 3 grossesses normales. Elle n'a cessé de souffrir depuis le début de sa grossesse. Elle a maigri, ne peut dormir, ni s'alimenter.

Malgré un repos de 8 jours, les symptômes s'aggravent ; douleur intolérable malgré la morphine ; aliments rendus, iaciès jaunâtre, émacié ; constipation persistante. Vers 7 mois et demi, la tumeur atteignait les fausses côtes. On dut opérer. On trouve l'excavation vide ; dans le ventre un fibrome intra-mural de 1.500 grammes, ramolli par des hémorragies interstitielles, ce qui expliquerait l'accroissement rapide et les violentes douleurs.

Porro. Guérison de la mère. Mort de l'enfant.

OBSERVATION XXIV

Obs. Bouilly (Grosse, Thèse, Paris 1902).

G. 35 ans, entre le 6 sept. 1901, dans le service de M. Bouilly.

Réglée à 13 ans, une fausse couche de 3 mois à l'âge de 20 ans. Bien réglée depuis. Il y a 5 ans, examen par

M. Bouilly, à l'occasion d'une périmétrite aiguë avec fibrome de la grosseur d'une orange. Dernières règles il y a 3 mois. Examen tumeur du côté droit de l'abdomen, dure, mamelonnée. Au toucher, il est impossible de sentir le col utérin, mais dans le vagin, une tumeur volumineuse, de consistance fibreuse est perçue.

16 nov. Hémiplégie subite complète de la moitié droite du corps.

30 nov. La paralysie est très améliorée.

20 décembre. La malade revient dans le service. L'examen montre l'augmentation très nette du volume de la tumeur abdominale, remontant à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La consistance est fluctuante dans la plus grande partie de son étendue ; il y a pourtant des parties complètement solides. L'état général de la malade est beaucoup moins bon qu'à son entrée dans le service la première fois. Elle a pâli, beaucoup maigri, présente de l'essoufflement. Toutefois pas de règles ; néanmoins aucun autre signe de grossesse. Pas de battement de cœur fœtal à l'auscultation de l'abdomen.

Il ne reste rien de l'hémiplégie précédente qu'un peu de déviation de la bouche à gauche.

A ce second examen, l'hypothèse de fibrome fut en grande partie abandonnée et on songe surtout à un kyste.

L'amaigrissement rapide de la malade fait penser qu'on a peut-être affaire à une tumeur maligne et décide l'intervention.

11 janv. *Laparotomie médiane par M. Bouilly.*

On tombe sur un fibrome utérin lobulé, situé dans la partie droite de l'abdomen, et repoussant à gauche l'utérus gravide.

La tumeur de consistance dure, sauf en 2 ou 3 points où elle est ramollie, est beaucoup plus volumineuse qu'elle ne semblait tout d'abord. Elle occupe toute la partie droite de l'abdomen, remontant en haut jusqu'à l'ombilic et plongeant en bas dans le petit bassin, d'où elle a repoussé l'utérus. C'est cette tumeur que l'on sentait par le toucher vaginal.

La tumeur est fortement adhérente à tous les organes environnants : à l'utérus à gauche, à plusieurs anses intestinales en haut, à la paroi abdominale postérieure et aux parois du petit bassin dans lequel elle est enclavée. En avant la tumeur est bridée par le ligament large dans toute sa moitié inférieure.

Avec beaucoup de peine, à l'aide des ciseaux, de la compresse et surtout des doigts, l'opérateur parvient à dégager cette tumeur, absolument incarcérée par une enveloppe d'adhérences résistantes, et à la faire basculer en haut.

On remarque alors qu'elle est reliée à l'utérus par un pédicule court de la grosseur de deux doigts. Une anse de fil de soie est nouée au pédicule de la tumeur, et celui-ci sectionné au thermocautère. Le point d'implantation

de la tumeur principale se trouve sur la partie latérale droite de l'utérus, près du fond. A la surface de l'utérus, on voit plusieurs petits noyaux fibromateux, faisant saillie sur le péritoine, de volume allant de celui d'un petit pois à celui d'une cerise. Drainage et mèche. Suture de la paroi en trois places.

L'utérus gravide s'élève à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Il semble gravide d'environ 4 mois 1/2 à 5 mois, toutefois il est plus élevé dans l'abdomen que ne comporte l'âge de la grossesse et son volume, car il a été refoulé hors du bassin par le fibrome qui y était enclavé.

Examen de la pièce. — Fibrome du poids de 1.550 grammes, présentant dans son ensemble la forme d'une ellipsoïde aplatie latéralement. Il est formé de deux masses principales placées aux deux pôles de la tumeur et séparées par un sillon. Longueur maxima 20 centimètres.

Il était placé le long de la face latérale droite de l'utérus, sur grand axe parallèle à l'axe utérin. Pédicule placé entre les deux masses principales, empiétant sur la masse supérieure.

Tumeur de consistance dure. A la coupe il s'écoule une certaine quantité de liquide. Le tissu de la tumeur est œdémateux, ramolli, infiltré de sérosité jaunâtre.

En plusieurs points, le tissu du fibrome, complètement dégénéré, semble par son aspect et sa friabilité, en voie de nécrose. Dans l'épaisseur du fibrome on voit de nombreuses cavités, à parois déchiquetées en voie de désagrégation, et contenant une sérosité jaunâtre. L'une d'elle, superficielle, n'est plus limitée que par le péritoine très mince, à ce niveau, et semble prête à se rompre.

Suites opératoires mauvaises. La malade succombe le 16 janvier de péritonite selon toute probabilité.

OBSERVATION XXV

(Obs. Ribemont Dessaignes. Soc. Obst. Gyn. et Péd., 14 mars 1904).

Mme Al., 32 ans, entre le 3 juin 1903 à la Maternité. Régée à 13 ans, pas de pertes, pas de fausses couches. Mariée depuis 7 mois, enceinte pour la première fois. Dernières règles 24/26 janvier.

Depuis le commencement de sa grossesse, vomissements bilieux, verdâtres, tous les matins. Le ventre a beaucoup grossi depuis quelques semaines.

Le 1^{er} juin, la malade, qui n'a jamais souffert du ventre, est prise brusquement de violentes douleurs abdominales; qui l'obligent à s'aliter. La douleur persiste le jour et la nuit.

Le 2 juin, un médecin ordonne des cataplasmes et le régime lacté.

Le 3, entrée à Beaujon. Examen: par le palper, utérus gravide de 4 mois remontant à l'ombilic et-refoulé à droite par une tumeur qui occupe toute la partie gauche de l'abdomen. Cette tumeur très dure, fait saillie dans la fosse iliaque gauche où elle se dessine sous la paroi abdominale. Son extrémité supérieure atteint le fond de l'utérus. Cette tumeur accolée à l'utérus en est cependant distincte. A son niveau, le toucher le plus léger est extrêmement douloureux et provoque des mouvements de défense de la paroi abdominal. Au niveau de l'utérus, au contraire, la palpation est facile.

Le toucher montre un col ramolli, des culs de sac libres et le doigt n'atteint pas l'extrémité inférieure de la tumeur très élevée dans l'abdomen.

Auscultation utérine négative.

Pas de pertes de sang, pas d'expulsion de débris membraneux, pas de vomissements. Etat général bon. Pouls 115 rapide, bien frappé, T. 37°4.

Diagnostic. — Grossesse au 4^e mois compliquée d'un kyste de l'ovaire ou d'un fibrome à pédicule tordu. Le 4 juin T. 37°2. Douleurs très vives. On décide une intervention immédiate,

Laparotomie médiane sous ombilicale. — On trouve un fibrome pédicule implanté sur la partie latérale gauche, un peu au-dessus et en arrière de la trompe. L'utérus est repoussé à droite avec une torsion exagérée, portant vers la droite sa face antérieure. Du hile de la tumeur part un court pédicule présentant un très léger mouvement de torsion mais fortement étiré. A la surface de la tumeur, nombreuses arborisations vasculaires.

On sectionne le pédicule. Hémostase au thermo, puis capitonnage au catgut de la plaie utérine.

A l'examen de la pièce le fibrome est pâle, anémié, et présente au niveau de ses extrémités une zone ramollie, de couleur foncée, offrant l'aspect et la consistance d'un tissu en voie de *nécrose*.

La malade guérit rapidement ; sa grossesse évolua normalement et elle accoucha à terme.

OBSERVATION XXVI

Obs. Reymond. Soc. Anat., Paris, 1905.

Il s'agit d'une malade porteuse d'un fibrome ayant occasionné des hémorragies. On fit une laparotomie, puis une hystérectomie totale rendue obligatoire au cours de l'intervention du fait qu'une portion de myome est *sphacélée*. Guérison.

La trompe est fermée au niveau de son pavillon. Celui-ci coiffant l'ovaire crée avec lui une cavité fermée de toutes parts contenant du sang et un petit noyau implanté sur une frange ; celui-ci a été incomplètement examiné mais l'ensemble fait penser à une grossesse tubaire.

Sans chercher si celle-ci aurait été pour quelque chose dans les hémorragies et le développement rapide du fibrome, nous croyons bien probable que sphacèle du myome était la cause de la fièvre et constatons une fois de plus, combien il est fréquent de voir se développer ce processus de gangrène chez les sujets très anémiés.

OBSERVATION XXVII

(Obs. *Thorn. Munchn. Medicin. Woschensch.*, août 1905).
Réaction péritonéale. Nécrose du fibrome. Myomectomie. Guérison.

Femme 37 ans et demi. Mariée depuis un an. Traitée en février 1903 pour dysmenorrhée, antéflexion de l'utérus, un peu gros. D. r. 24 juin 1903. Dans la nuit du 25 oct., surviennent des douleurs dans le ventre, subites et violentes, des vomissements. Elle sentait bien depuis trois semaines dans le bas ventre un corps dur et mobile, mais n'en avait pas souffert.

Le 27, abdomen enflé, sensible ; au-devant de la corne gauche d'un utérus gravide au quatrième mois se trouve, adhérent à la paroi abdominale, une tumeur, à peu près grosse comme le poing, extrêmement sensible.

Vus les antécédents utérus banaux, on pense à la torsion d'une tumeur de l'ovaire gauche (kyste dermoïde).

Laparotomie, légère péritonite récente. On libère des adhérences intestinales à la paroi abdominale et au fond utérin.

Tumeur violacée, grosse comme le poing ; large myome siégeant à la paroi antérieure de l'utérus, au-dessus de la corne gauche.

On l'énuclée profondément ; on resèque sa surface d'implantation, et après hémostase on suture au catgut en plusieurs étages. À droite de ce myome, vers la vessie, un autre petit fibrome gros comme un poids ; sur la corne droite, un troisième gros comme une amande, tous deux sous séreux ; on les énuclée, annexes saines.

Guérison, accouchement à terme. Enfant vivant. Suites normales. Après involution, l'utérus a sa forme normale.

Le myome était très vasculaire, avec *nécrose* centrale.

OBSERVATION XXVIII

(*Bland-Sutton. Obst. Society. London, 1^{er} juin 1904.*)

Mme F... 33 ans. Primipare. Dernières règles le 27 octobre 1903 est frappée bientôt par le développement anormal d'une tumeur ronde dans la région abdominale. On trouve un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus gravide et un autre siégeant dans l'excavation. Mais comme ces tumeurs semblaient bien supportées, on met seulement la malade en observation. Le 9 mai la malade est amenée à l'hôpital, en travail, avec une procidence du bras. On décide et on pratique d'urgence une hystérectomie totale enlevant à la fois l'utérus avec ses tumeurs, son contenu et ses annexes.

La pièce (représentée page 810 du Practitioner 1906, t. 76) montre la disposition du fœtus dans l'utérus, la situation du fibrome proevia, l'aspect du fibrome nécrobiosé ; situé dans la paroi antérieure de la région du fond utérin ; il est de couleur acajou.

OBSERVATION XXIX

(*Bland-Sutton, loc. cit.*).

Femme de 28 ans, ayant une aménorrhée de trois mois, vient à l'hôpital pour une grosseur abdominale à développement rapide et devenant douloureuse. On trouve en effet une tumeur dure, arrondie, grosse comme le poing qui occupe la fosse iliaque droite. Elle est sensible à la pression. L'abdomen ouvert, on trouve une grosse tumeur dans la paroi postérieure de l'utérus et l'utérus tordu à 90° et retrofléchi. Après myomectomie on vit sur la coupe de la tumeur des stries rouges, irrégulières qui étaient surtout marquées dans la partie centrale ramollie et diffluyente de la plus grosse tumeur.

La grossesse a continué au-delà du 3^e mois.

OBSERVATION XXX

(*Bland-Sutton, loc. cit.*).

Femme âgée de 34 ans, qui arrivée au sixième mois de sa grossesse, soudain ressentit une douleur aiguë dans l'abdomen. En se déshabillant elle trouva une tumeur dans sa fosse iliaque droite, qui était arrondie, molle, très sensible, et attachée de près à l'utérus. Température 38° 5. On pensa à une tumeur ovarienne à pédicule tordu,

Myomectomie. Guérison. La grossesse va à terme.

La pièce coupée en deux, laisse écouler un flot de liquide rouge. Les parties solides présentaient une teinte acajou foncé.

OBSERVATION XXXI

(Bland-Sutton, *loc. cit.*).

Femme de 36 ans, qui depuis quelques mois a vu son bas-ventre augmenter et qui a eu une aménorrhée datant de deux mois. A l'examen on trouve un large fibrome de la paroi antérieure qui plonge dans l'hypogastre, comprime la vessie et détermine des douleurs. Les signes de grossesse sont imprécis. La myomectomie fut faite d'un fibrome de la paroi antérieure du col. L'utérus était un peu augmenté de volume.

Le fibrome sur la section présentait une couleur uniforme d'acajou avec des traces de ramollissement. 7 mois 1/2 plus tard accouchement à terme d'un enfant vigoureux.

OBSERVATION XXXII

Obs. Chavannaz, *Journal de Médecine de Bordeaux*, avril 1908.

1° Mme X... 41 ans, toujours bien réglée. Ses règles duraient deux jours, a eu deux grossesses terminées par des accouchements normaux. Dernières règles 27 juillet 1907. Le 1^{er} septembre rétention d'urine passagère. Diagnostic posé du fibrome compliqué de grossesse. Le 14 octobre la malade fait un *avortement banal*.

2° Au moment de son entrée, on constate que la tumeur a diminué de volume. Col utérin légèrement entr'ouvert et faisant saillie dans sa cavité. On sent du côté gauche une masse recouverte par la muqueuse et se continuant sans aucune démarcation par une tumeur du volume du poing, laquelle est placée sur le côté gauche de l'utérus. La pression à ce niveau est douloureuse. La température prise matin et soir pendant les six jours qui précèdent l'opération ne dépasse pas 36°9.

3° Le 4 décembre 1907, *laparotomie médiane, hystérectomie* subtotale. Drainage hypogastrique. Sutures, *guérison* ; la malade quitte le service le 28 décembre.

4° *Examen de la pièce*. Corps utérin petit, un peu ramolli ; col assez volumineux. Du bord gauche de l'uté-

rus, plus particulièrement au niveau du col, naît un fibrome du volume du poing, lequel s'est développé dans l'épaisseur du ligament large gauche. La muqueuse intra-cervicale est saine, de même que celle qui recouvre le reste de l'utérus. A la coupe le fibrome est de couleur feuille morte dans toute son étendue.

OBSERVATION XXXIII

Haultain. Grossesse compliquée de fibromyome.
(Edinburg Obst. Society, 8 juill. 1908. *The Lancet* 1908).

Publie un cas (obs. n° 6) d'une parturiente de 4 mois et demi souffrant violemment du ventre, ayant une fièvre élevée et présentant dans l'abdomen, une grosse tumeur multinodulaire.

Laparotomie qui montra un utérus gravide avec de multiples fibromes dont un était nécrobiosé.

OBSERVATION XXXIV

(Obs. Bonamy Thèse Burty, 1908, Paris).

Mme Y..., marié à 27 ans. 3 fausses couches. 1 grossesse.

En février 1906, suppression des règles. En juillet, on entend les bruits du cœur fœtal. En outre, 2 masses volumineuses à droite et à gauche de la ligne médiane. Etat général mauvais, douleurs abdominales, vomissements, amaigrissement. Absence des bruits du cœur, à l'examen à l'hôpital Gouin.

Opération le 24 juillet. Utérus 4 à 5 mois, flanqué de deux tumeurs ayant chacune le volume d'une tête de fœtus, une en avant et à droite, l'autre en arrière et à gauche de l'isthme, deux autres fibromes plus petits inclus dans les ligaments larges.

Hystérectomie supravaginale. Ablation des annexes gauches. Péritonisation. Suture en trois plans. Pas de drainage.

Suites excellentes.

Examen de la pièce. — Le fibrome pesait 2 kilogs 550. La cavité utérine, située au centre de la tumeur contenait un fœtus de 24 centimètres placé transversalement. Dans la paroi antérieure un corps fibreux en voie de ramollissement. En arrière deux fibromes superposés. Le supérieur a une coloration feuille morte et l'aspect de la

nécrose aseptique ; l'inférieur plus petit, mou, de coloration grisâtre, contenait plusieurs excavations remplies de liquide séreux. En outre quelques fibromes disséminés.

OBSERVATION XXXV

*Observation de dégénérescence rouge. Archibald Donald.
(in Mémoires de Smith and Shaw J. Obst. Gyn. 1909).*

H. O. 34 ans, entre au St-Mary Hospital, le 6 décembre 1907 pour une douleur et une augmentation rapide du volume de l'abdomen. La douleur a débuté il y a cinq semaines; la femme ayant eu ses dernières règles en septembre 1907, c'est-à-dire il y a plus de deux mois. On trouve à l'examen une tumeur ferme, lisse, s'élevant au-dessus du pubis et semblant se continuer avec le col utérin. La patiente paraissait très malade. Facies anxieux, traits tirés, souffrant de façon continue. On diagnostique grossesse compliquée de fibrome.

Laparotomie le 17 décembre 1907. On pratique une hystérectomie que l'on décide en raison de la situation intramurale de la tumeur et surtout de l'état général de la malade.

Examen de la pièce. — La tumeur présente une dégénérescence rouge débutant au centre d'un fibrome typique. Elle s'était développée dans la partie postérieure et basse de l'utérus qui contenait un œuf de trois mois. Il existe en outre de nombreuses petites taches rouges sur la surface de section qui indiquent les vaisseaux thrombosés. La tumeur est un peu plus molle qu'un fibrome normal, mais ne présente pas de zones nécrosées nettes.

La patiente guérit et sortit de l'hôpital le 2 janvier 1908.

OBSERVATION XXXVI

Commandeur et Laroyenne, mars 1910. Thèse Bablet, Bordeaux 1910.

Mme F. P., 29 ans 1/2.

Deux accouchements à terme sans incident.

Deux fausses couches dont la dernière date de 10 ans environ. Réglée à 17 ans, bien régulièrement jusqu'à il y a 5 ans. A cette époque, hémorragies abondantes durant 15 jours et parfois davantage. En même temps, le ventre se met à grossir progressivement, mais sans incommoder la malade qui ressentait seulement une sensation de pesanteur dans le bas ventre.

Actuellement, enceinte de trois mois.

Pas de douleurs vraies.

Il y a 15 jours, à la suite d'une marche prolongée, elle eut une perte rouge abondante qui dura toute la nuit.

Pas de constipation ; aucun trouble des autres appareils.

A l'examen, on trouve l'utérus repoussé à droite et offrant la dimension d'un utérus gravide au troisième mois.

Col ramolli, non entr'ouvert, présentant une déchirure à droite.

A gauche de l'utérus, on sent une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus qui plonge dans la fosse iliaque, mais ne descend pas dans le petit bassin. Cette tumeur paraît indépendante de l'utérus et donne une sensation de rénitence, presque de fluctuation.

On songe à un kyste de l'ovaire ou à un fibrome compliquant une grossesse avec indication d'intervention par laparotomie en raison des douleurs, de la fièvre, de l'état général.

La température était à 38° le jour de l'entrée ; le lendemain 24 mars, elle monte à 38°6 ; le 25 elle était à 38°8.

Le 26 mars 1910, intervention (D^r Laroyenne) Laparotomie.

On trouve un utérus gravide et sur le côté gauche, formant une véritable corne, on voit un fibrome de la grosseur d'une tête d'enfant, de consistance fluctuante.

On fait une myomectomie : énucléation de la tumeur et suture de la plaie utérine en trois plans.

Le 27, la température reste à 38°8 toute la journée.

Le 28, 39°8, en même temps accidents qui paraissent relever à la fois de la péritonite et de l'occlusion.

Le 28 au soir, on pratique dans chaque fosse iliaque une ouverture par laquelle on glisse une mèche dans la cavité péritonéale pour produire des adhérences.

Le 30 au matin, T. 37°4. Le soir météorisme augmente,

Le 29, légère amélioration, T. 38°.

Le poulx est à 136, T. 39°, dyspnée.

Au niveau de l'incision iliaque droite, on attire une anse que l'on ouvre et on suture les bords à la peau ; il s'échappe des gaz à plusieurs reprises par cet orifice ; le météorisme diminue. Le poulx est à 148, plein et bien frappé. Il y a toujours de la dyspnée et de l'agitation, T. 39°. Le météorisme augmente de nouveau ; le faciès reste bon ; pas de refroidissement des extrémités.

Le 31, aggravation de tous les symptômes et mort vers 3 heures de l'après-midi.

Examen de la pièce. — La pièce enlevée est constituée par une masse fibromateuse lobulée de consistance irrégulière. En quelques points, elle est manifestement ramollie, donnant l'impression de la fluctuation. A la coupe les

lobes ont un aspect grisâtre un peu translucide ; la coloration se fonce en certains points pour prendre un aspect rouge grisâtre allant même jusqu'au rouge sombre, comme ecchymotique. Cet aspect typique sur trois ou quatre lobes les plus extérieurs de la masse fibromateuse.

OBSERVATION XXXVII

Mouchotte. Fibromes compliquant la grossesse et déterminant des accidents graves. Hystérectomie abdominale.
(Annales de G. et d'Obs., 1911, p. 76).

M. 38 ans, réglée à 14 ans, d'abord règles douloureuses puis vers 25/28 ans douleurs s'atténuent. Aucune infection génitale. En 1909, ventre augmente de volume et à l'occasion des efforts de toux et d'éternuements est le siège de violentes et fugaces douleurs. D. R. du 5 au 9 fév. 1910. En fin février, M. commence à éprouver une sensation de pesanteur dans le bas-ventre, qui va s'accroissant en même temps que le bas-ventre augmente de volume. A tel point qu'en fin mars, la malade ne sort plus de chez elle.

En fin mai, le ventre ayant encore augmenté de volume, la malade à la suite d'une marche, est prise de douleurs véritables qui siègent à gauche du pli de l'aîne à la base du thorax, douleurs lancinantes par crises plus ou moins prolongées. A partir de ce moment se manifestent jusqu'à l'opération des alternatives de rétention et de débâcles intestinales et urinaires.

Enfin la respiration devient difficile, la malade perd le sommeil, l'état général s'altère, l'amaigrissement devient inquiétant.

C'est dans cet état qu'elle est vue le 11 juillet.

Dyspnée rendant la parole saccadée, cuisses amaigries, portant des arborisations veineuses, jambes légèrement enflées surtout la gauche, albuminurie.

L'examen de l'abdomen révèle la présence d'un utérus gravide de 5 à 6 mois refoulé à droite, sur sa face antérieure, au-dessus du pubis, masse indurée, qui saille avec plus de netteté au moment d'une contraction.

A gauche de l'utérus, occupant le flanc gauche est une masse longitudinale, épaisse, de consistance faiblement dure, immobilisée, sensible à l'exploration présentant une petite encoche sur le bord antérieur, ce qui donne l'impression d'une rate hypertrophiée, impression qu'une zone de sonorité longitudinale à la percussion sépare complètement cette masse et sur toute sa hauteur du bord gauche de l'utérus gravide.

Au toucher vaginal, l'excavation est trouvée libre sauf tout en haut où l'on perçoit derrière le col, une tuméfaction indurée qui semble être un fibrome cervical.

En somme, il s'agit d'un utérus fibromateux, à côté et à gauche duquel se trouve une tumeur, sur la nature et les connexions de laquelle le diagnostic reste imprécis.

Après des alternatives d'amélioration et d'aggravation, on décide d'intervenir. Au préalable, un examen de l'appareil urinaire est pratiqué, qui élimine toute affection du rein. La formule sanguine indique une anémie globulaire, 3.800.000 hématies, sans altération morphologique ou des affinités tinctoriales. 10.000 leucocytes — 66 polyn. neutrophiles — 2 éosinophiles — 32 mononucléaires — pas de myélocytes.

On est donc en droit d'écarter les hypothèses de splénomégalie avec leucémie myélogène, ou de kyste hydatique, que la présence de la masse à gauche avait suscité.

Intervention le 27 juillet. — L'utérus est découvert, sa face antérieure est occupée sur plus de deux tiers de sa surface par un volumineux fibrome sesule.

Dans la région gauche de l'abdomen on découvre et on énuclée une volumineuse tumeur qui entraîne avec elle l'utérus gravide auquel elle est attachée par un large et épais pédicule. En raison des difficultés d'hémostase possibles dues au volume énorme du pédicule de la tumeur, et en raison de la fibromatose généralisée de l'utérus, on pratique une hystérectomie supravaginale.

Suites opératoires simples. La malade guérit et se remet très vite.

Examen de la pièce. — L'utérus gravide apparaît bourré de masses fibromateuses; 7 à 8 du volume d'un œuf au volume d'un pois. Deux d'entre eux sont prévias et limitent un étroit chenal de 2 cm. de large.

Des adhérences lâches unissaient le fibrome cervical au rectum et le pédicule de la volumineuse tumeur au péritoine postérieur.

La volumineuse tumeur, 19 cm. de haut sur 14 d'épaisseur, présente un pédicule de 9 cm. de haut. Incisée sur son bord gauche, elle présente à l'inverse des autres fibromes, un commencement de dégénérescence et des géodes remplies de liquide colloïde.

OBSERVATION XXXVIII

Potocki et Sauvage. — *L'hypertrophie rapide et précoce des fibromes utérins pendant la grossesse.* — (Séance du 3 avril 1911, Soc. Obst. Gyn. et Ped. — Gyn. et obst. 1912. p. 117).

Femme de 36 ans toujours régulièrement réglée examinée en 1907 par plusieurs gyn. compétents. Ils ne cons-

tatent aucun fibrome apparent. Les règles se montrent le 15 mai 1910 et bientôt apparaissent des vomissements graves : vomissement, réaction péritonéale, douleurs vives, déchéance organique profonde. On trouve dans le ventre une tumeur bosselée, dure et accompagnée d'une masse d'allure fibromateuse attenant au segment inférieur de l'utérus et déviant le col à gauche ; de plus on constate une tumeur sous-hépatique qui en impose pour une tumeur du foie ; l'utérus disparaît au milieu de noyaux multiples : il semble gravide parce qu'on trouve, comme l'a signalé Fochier, une zone rénitente en avant de la masse principale. Le repos, la glace, amendent momentanément les accidents qui réapparaissent le 8 juin plus graves qu'avant. Le pouls est à 100, l'amaigrissement extrême ; la laparotomie est pratiquée. Elle montre un péritoine sain, et permet de faire une hystérectomie subtotale après désenclavement des tumeurs. Suites opératoires parfaites. Sortie de la malade au bout d'un mois.

Il semble que la grossesse ait donné un coup de fouet au fibrome dont l'évolution est devenue galopante.

L'examen histologique a montré un développement inégal du tissu conjonctif et du tissu musculaire dans les divers fibromes et même pour les diverses parties du même fibrome.

OBSERVATION XXXIX

F. Legueu. — Société d'obstétrique de gynécologie de Paris. 8 mai 1911.

In Annales de gyn. et d'obst. 1912, p. 118.
Péritonite provoquée par un fibrome au cours d'une grossesse.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment une femme âgée de 42 ans ayant un retard de règles de deux mois, présentant une réaction péritonéale avec fièvre à 38° 5 ayant débuté 3 jours auparavant par une douleur abdominale à droite, survenue brusquement après diner et suivie de vomissements.

Le diagnostic porté avait primitivement été celui d'appendicite. Lorsque j'examinai cette femme je trouvai un bon faciès, le pouls battait à 80, mais un ventre ballonné et si uniformément tendu que le toucher combiné à la palpation ne put me permettre un diagnostic précis. Après examen sous chloroforme, je fis le diagnostic de fibrome avec grossesse probable, accompagnée d'une péritonite de cause indéterminée.

La laparotomie pratiquée à froid, et suivie d'une hystérectomie subtotale, montre qu'il s'agissait d'un long

fibrome coiffant le pôle supérieur d'un utérus gravide, et revêtu lui-même d'une coque d'adhérences épiploques et intestinales.

Le point de départ de cette péritonite n'était pas dans une inflammation annexielle, les annexes étant macroscopiquement saines et trop éloignées de la zone d'adhérences pour en être la cause ; l'appendice étant sain, si bien que je serais disposé à admettre que les lésions observées sont toutes sous la dépendance de modifications pathologiques du fibrome sous-jacent qu'il m'est d'ailleurs impossible de préciser.

Au cours de la discussion qui suivit :

M. Lepage fait ressortir l'avantage de l'examen sous chloroforme dans le cas de diagnostic difficile ; il a observé chez une femme enceinte de cinq mois et demi, un fibrome sessile recouvert d'adhérences épiploïques ; l'hystérectomie fut faite avec succès. Là encore il s'agissait d'une épiploïte localisée au fibrome.

M. Potocki estime que les fibromes peuvent donner lieu, sans appendicite, sans annexité concomitante, à des réactions péritonéales. Il a opéré une femme enceinte de sept mois, présentant un fibrome sessile sans aucune adhérence épiploïque, s'accompagnant simplement d'une péritonite locale avec douleur et fièvre.

L'hémorragie causée par une tentative d'énucléation, dut faire abandonner celle-ci ; on referma le ventre et l'accouchement eut lieu à terme.

OBSERVATION XL

Legrand et Baron. — Enucléation abdominale d'un fibrome de 450 gr. sur un utérus gravide au 3^e mois ; accouchement au 9^e mois terminé par une application de forceps au D. S.

Ann. de Gyn. et d'Obst. 1912, p. 110.

Résumé. — Mme D... fibromateuse et dont la mère était fibromateuse devient enceinte. D. R. le 2 janvier 1905. Le 30 mars, brusquement elle est prise de douleurs violentes dans le côté droit de l'abdomen, avec état syncopal. Défense musculaire prohibant toute exploration. Pas de fièvre, pas de vomissements. On pense à une appendicite. Sous anesthésie, on fait le diagnostic de fibrome compliquant une grossesse, tumeur de dureté ligneuse, grosse comme le poing, siégeant à droite et en avant de l'utérus.

Laparatomie qui montre :

Un utérus gravide violacé, présentant deux petits fibromes du fond et une tumeur grosse comme le poing

située un peu à droite de la ligne médiane, déformant le segment inférieur. Les annexes et l'appendice sont indemnes de toute altération.

On énuclée facilement la tumeur, après incision du péritoine. On suture la brèche. Durée : 50 minutes. Aucune manipulation de l'utérus n'avait été faite.

Examen de la pièce. — La tumeur en forme d'ovoïde régulier, un peu aplati, pèse, vide de sang, 450 grammes ; c'est un fibromyome de consistance moyenne et de couleur rougeâtre avec des lacunes hématiques.

Suites opératoires simples, accidentées de douleurs faisant craindre un avortement, et d'accès de paludisme.

Le 10 mais constatation du ballonnement dorsal.

Retour en France de la malade qui avait été prise de ses accidents en Egypte. Etat précaire. Jusqu'au 3 octobre la malade présente à plusieurs reprises des menaces d'avortement. Finalement le travail se déclare, et comme celui-ci dure trop longtemps et que la malade présente des signes d'épuisement on termine l'accouchement par une application de forceps.

Enfant de 3 kgs.

Suites de couches normales.

OBSERVATION XLI

Paul Delmas. — Fausse grossesse ectopique dans un utérus fibromateux.

Annales de gynécologie et d'obstétrique, 1919.

Vers le troisième mois d'une grossesse tardivement survenue chez une primipare âgée, des douleurs dans le bas-ventre, accompagnées d'une légère réaction péritonéale provoquent examen d'un médecin qui conclue à une grossesse ectopique ; association d'une tumeur latérale juxta-utérine, à des phénomènes de grossesse au début. Une laparatomie est pratiquée, qui montre un gros utérus, bourré de noyaux fibromateux dont le plus volumineux répondait à la tumeur perçue cliniquement. L'utérus contenait un œuf normal.

OBSERVATION XLII

Obs. Grosse, in thèse Viel, Paris 1920.

Mme R..., 32 ans, mariée depuis cinq mois, a toujours été bien réglée jusqu'à son mariage, elle ne s'est jamais

aperçu qu'elle présentât une tumeur abdominale. Devient enceinte peu après son mariage ; D. R. 28 au 31 août 1913.

Les premières semaines de la grossesse se passent sans aucun incident, mais au mois de décembre, la malade éprouve des besoins fréquents et de la difficulté à uriner, des douleurs dans le bas-ventre et le membre inférieur gauche.

Examen le 23 décembre. — Par le palper on constate l'existence d'un utérus gravide, animé de contractions intermittentes, dont le fond atteint à peu près l'ombilic.

Dans le flanc droit, implanté sur la corne droite de l'utérus, se trouve un fibrome sous-séreux, mobile, à surface bosselée et de consistance dure, du volume d'une orange, qui remonte jusqu'au niveau des fausses-côtes gauches.

Au toucher, le vagin est entièrement rempli par une tumeur très dure, mamelonnée, du volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée dans le bassin. Cette tumeur est au contact de la paroi gauche du bassin, et par le palper combiné au toucher, on se rend compte qu'elle remonte jusqu'au détroit supérieur et il est facile de la percevoir par le palper abdominal du côté gauche. Entre cette tumeur et la paroi droite du bassin, se trouve un étroit couloir où le doigt peut se glisser en contournant la tumeur ; au fond de cette rainure, très haut, sous le pubis, le doigt atteint avec peine le col utérin, réduit à un petit moignon, gros comme une noisette, mou, et dont l'orifice externe est évasé en cupule.

Il semble que la presque totalité du col soit englobée dans la tumeur.

Au palper on ne perçoit aucune partie fœtale ; on n'entend pas les bruits du cœur du fœtus à l'auscultation. Il n'y a pas d'œdème des jambes ; la malade est constipée ; les urines sont normales et émises en quantité suffisante.

Il semble bien difficile que la grossesse puisse évoluer jusqu'à l'époque de la viabilité de l'enfant, avec un fibrome pelvien enclavé de ce volume. Néanmoins, comme en dehors de la constipation habituelle, il n'existe aucun signe de compression de l'intestin, qu'il n'y a pas de rétention d'urine, que les douleurs se sont calmées par le repos et que la femme présente un excellent état général, on décide de ne pas intervenir avant un second examen, qui doit être fait au milieu de janvier.

Mais le 6 janvier, la malade, qui a beaucoup souffert dans le ventre les jours précédents et qui présente une très forte constipation, entre d'urgence à la clinique, où elle est examinée le jour même.

On constate que l'utérus et le fibrome ont beaucoup augmenté de volume depuis deux semaines. Le fibrome sous-séreux trouvé dans le flanc droit, se perd sous les fausses-côtes ; le fibrome pelvien descend presque jusqu'à la vulve, remplissant tout le petit bassin.

Le fibrome s'est beaucoup ramolli, il a perdu sa consistance ligneuse du premier examen et présente une consistance œdémateuse, kystique par endroits. L'utérus lui-même dépasse l'ombilic de 3 travers de doigt, s'élève à 25 centimètres au-dessus du pubis sur la ligne médiane.

On ne perçoit ni parties fœtales au palper, ni bruit du cœur à l'auscultation.

Devant cet accroissement rapide des fibromes, l'enclavement et l'irréductibilité de plus en plus prononcée du fibrome pelvien avec progression par en bas, la crainte que les douleurs abdominales et la constipation opiniâtre soient suivies bientôt d'accidents plus sérieux de compression, on décide d'intervenir.

Laparotomie le 9 janvier. — On peut sans trop de peine, en basculant fortement l'utérus en avant, désenlaver avec la main le fibrome pelvien et extérioriser la masse totale: utérus et fibromes.

Le fibrome implanté sur la corne droite de l'utérus est pédiculé, et il serait facile de l'enlever en conservant l'utérus. Il n'en est pas de même du fibrome pelvien qui englobe le segment inférieur et la plus grande partie du col utérin et dont l'enucléation est impossible.

Hystérectomie subtotale. Ligature des pédicules au fil de lin ; péritonisation, fermeture du ventre sans drainage.

Examen de la pièce. — L'utérus a été enlevé avec les annexes : il contenait un fœtus de trois mois et demi environ, encore vivant au moment de l'ouverture de l'utérus, sitôt son extraction de l'abdomen.

Le fibrome pédiculé, implanté sur la corne droite de l'utérus, est du volume du poing, à surface bosselée, de consistance dure. Il est très résistant à la coupe, formé en majeure partie de tissu fibreux grisâtre et ferme, mais présentant cependant par place des zones en voie de dégénérescence. Le pédicule long de 3 à 4 centimètres, est peu épais ; la surface d'implantation du pédicule sur l'utérus est longue de 3 centimètres et large à peine d'un centimètre.

Le fibrome pelvien présente le volume d'une grosse tête de fœtus à terme et fait une saillie notable à l'intérieur de l'utérus. C'est un fibrome interstitiel développé aux dépens du segment inférieur et du col. A la coupe, on constate dans son épaisseur plusieurs cavités anfractueuses, remplies de liquide jaunâtre, le tissu gris limité en géodes, est friable, de couleur lie de vin, en voie de nécrose.

Le reste de la tumeur est formé de tissu fibreux d'aspect gris sale ; cependant, par places, on voit aussi des zones de couleur brunâtre ou lie de vin comme autour des cavités kystiques.

Les ovaires sont sains, ainsi que les trompes. L'ovaire gauche porte un corps jaune gravidique.

Suites opératoires simples. Température normale. La malade se lève le 26 janvier et quitte, peu après, la clinique en excellente santé.

OBSERVATION XLIII

Obs. de MM. Le Lorier et Duchène.

Soc. d'Obst. et de Gyn. de Paris, 13 mars 1922, C. R. 1922, p. 102.

Le 16 février 1922, une femme de 39 ans, n'ayant eu pour toute grossesse antérieure qu'un avortement de deux mois dix-sept ans auparavant, est venue accoucher dans mon service un peu avant terme, mettant au monde un enfant mâle de 2 kgs 700 bien constitué, suivi d'un placenta de 460 grammes, après un travail régulier d'une durée de onze heures. Elle portait une cicatrice opératoire de laparotomie sous-ombilicale résultant d'une intervention exécutée par le D^r Duchène de Saint-Malo qui nous a envoyé la relation suivante :

Je vis Mme R., pour la première fois le 28 septembre 1921, vers huit heures du matin. Enceinte de trois mois et demi, elle accusait des douleurs abdominales violentes, non accompagnées d'écoulements sanguins vaginaux. Ces douleurs l'avaient prises l'avant-veille brutalement, vingt-quatre heures après un voyage sans incidents de Paris à Saint-Malo. La douleur d'abord violente et généralisée s'atténue un peu par le repos et tend à se localiser dans la fosse iliaque et l'hypochondre droit.

Le 28 septembre, date du premier examen, le ventre est ballonné, le poulx à 100, bien frappé, la langue blanche. Tous les liquides ingérés sont rejetés. Sous la peau de l'abdomen météorisé on voit se dessiner les anses intestinales animées d'ondes péristaltiques. Dans la fosse iliaque droite on sent une tumeur douloureuse, impossible à délimiter. Depuis deux jours il n'y a eu ni selles, ni gaz par l'anus. Le toucher vaginal montre seulement un col mou et fermé, le toucher rectal ne donne rien. Le Docteur fait le diagnostic de grossesse compliquée deyste de l'ovaire avec torsion du pédicule et occlusion intestinale.

La femme est mise en observation. Dans la soirée du 28 septembre après plusieurs lavements prudemment donnés, il y eut une selle. Le lendemain, le ventre étant un peu plus souple, on put constater une tumeur résistante et douloureuse, occupant la fosse iliaque droite ; température normale, poulx bien frappé. Pendant quelques jours la situation reste stationnaire, mais à partir

du 2 octobre les phénomènes d'occlusion reparaissent et une fièvre vespérale s'allume, atteignant 38°5 et 39°, la tumeur devient plus douloureuse. On pense à une supuration du kyste, l'intervention est décidée et faite le 5 octobre.

Sous anesthésie à l'éther laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus gravide apparaît plus volumineux que pour trois mois et demi de gestation, il est un peu toru à droite. La main peut le contourner entièrement à gauche, mais à droite on trouve une anse grêle coudée à angle très aigu et intimement adhérente à une tumeur sous-jacente. Après une libération prudente on peut amener la tumeur qui est un fibrome interstitiel assez volumineux implanté près de la corne droite sur le bord de l'utérus. Il adhère dans la profondeur à une deuxième anse intestinale coudée aussi, mais moins que la première. Une nouvelle libération est faite et le fibrome apparaît isolé. Après quelques hésitations le Dr Duchêne pratique l'enucléation de cette tumeur qui avait le volume de deux gros poings réunis. Capitonage de la loge, fermeture de la collerette péritonéo-musculaire qui lui sert d'ouverture ce qui met fin à une hémorragie en nappe assez abondante. Ablation de deux petits fibromes pédiculés sur la face postérieure de l'utérus dont l'un du volume d'une grosse noix. Fermeture du ventre en trois plans sans drainage. Suites opératoires très simples, morphine les premiers jours. Aucun incident.

L'examen de la pièce a montré au centre de la masse fibromateuse une zone ramollie, couleur lie de vin, en voie de mortification, du volume d'une grosse noix. On peut se demander si cette *nécrobiose du fibrome* n'a pas été la cause de l'élévation de température constatée avant l'intervention et qui ne s'est pas reproduite après.

OBSERVATION XLIV

Vincent, Rouvier, H. Duboucher et E. Pouget.
Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger, 8 mai 1922.

Tumeur fibro-cystique de l'utérus : opération au cinquième mois de la gestation ; guérison avec continuation de la grossesse.

Le 9 février 1922 entre à la Maternité d'Alger, la nommée A. D., I-pare de 30 ans, avec le diagnostic de la grossesse à terme. Les dernières règles remontent, cependant, aux 15-19 septembre 1921.

Antécédents personnels. — A. D. a été nourrie au sein; elle a marché à 16 mois et a eu la rougeole à 4 ans. Elle

a été réglée à 11 ans et toujours régulièrement. Mariée l'année dernière, elle n'a pas eu de fausse couche.

Antécédents héréditaires et collatéraux. — Père décédé à 79 ans d'affection indéterminée. Mère vivante, bien portante, ayant eu cinq grossesses consécutives terminées par des accouchements prématurés d'enfants morts-nés. Une sœur jumelle morte à 9 mois, d'entérite. Pas d'autres frères ou sœurs.

Histoire actuelle. — Les règles manquent depuis la mi-septembre 1921. Il y a deux mois environ, A. D. vit apparaître, dans la région inférieure de l'abdomen, une tumeur qui, depuis, a progressivement augmenté de volume et s'est élevée vers l'ombilic puis vers l'épigastre. Il est apparu, en outre, et parallèlement à l'ascension de la tumeur précédente, une deuxième tumeur hypogastrique qui a, elle aussi, progressivement augmenté de volume tout en restant au contact du pubis. Aucun trouble fonctionnel.

Examen. — Femme de 1 m. 70, d'une grande maigreur, dont les téguments et les muqueuses sont légèrement décolorés.

À l'inspection du ventre on voit deux saillies volumineuses et régulières, médianes et superposées, dont l'inférieure, remontant jusqu'à l'ombilic, occupe tout l'hypogastre et dont la supérieure, immédiatement sous-jacente, remplit l'épigastre et affleure les fausses côtes sans les évaser. La saillie supérieure suit légèrement les mouvements respiratoires ; elle est séparée de l'inférieure par un sillon large et peu profond.

La palpation de la saillie inférieure permet de reconnaître un utérus gravide au cinquième mois : contractions indolores, ballotement abdominal, mouvements de reptation du fœtus. L'utérus est en antéversion.

La saillie supérieure est due à une tumeur arrondie et régulière, qui atteint le volume d'une tête d'enfant et est mobile transversalement, mais non verticalement. Nettement fluctuante cette tumeur donne même la sensation du flot ; le flot trans-abdomino-thoracique est, de plus, perçu. La tumeur durcit pendant les contractions indolores de l'utérus.

La palpation profonde du sillon qui sépare les deux tumeurs permet de sentir un large pédicule qui s'engage derrière l'utérus auquel il semble se fixer.

La rate n'est pas palpable non plus que le bord inférieur du foie. La tumeur supérieure ne s'engage pas sous les fausses côtes, dont elle est séparée par une bande transversale dépressible.

La percussion donne de la matité au niveau des deux tumeurs. La percussion brève de la supérieure donne une

sorte de frémissement court, différent du frémissement hydatique typique.

La rate n'est pas percutable ; la matité hépatique est normale.

Une percussion attentive et légère met en évidence une bande sonore entre le foie et la tumeur supérieure. Il existe de même, entre les deux tumeurs, une bande de sonorité superficielle qu'on ne retrouve pas à la répercussion profonde.

La sonorité abdominale est normale par ailleurs.

L'auscultation de la tumeur inférieure fait nettement percevoir les bruits du cœur fœtal et des bruits de choc. Au niveau de la tumeur supérieure on note le signe du son, semblable à celui des épanchements pleuraux.

Le phonendoscope établit qu'il existe une continuité certaine entre les deux tumeurs et que, au contraire, la tumeur supérieure est distincte du foie.

Toucher vaginal. — Col ramolli, dévié en arrière et à gauche ; utérus volumineux, ballotement vaginal, excès de liquide amniotique.

Examen du bassin osseux. — Bassin généralement rétréci.

Autres organes. — Rétrécissement mitral pur. Submatité aux deux sommets sans bruits adventices.

Radioscopie et radiographie après insufflation du gros intestin et de l'estomac. Les images des deux tumeurs se superposent et empiètent même légèrement l'une sur l'autre. La tumeur supérieure est séparée du foie par le colon distendu. Le foie est petit et refoulé vers le haut et la droite. Rate normale refoulée vers la gauche, sans aucun rapport avec la tumeur.

Examens de laboratoire. — Globules rouges : 4.200.000 ; leucocytes : 7.200.

Réaction de Bordet-Wassermann : négative.

Réaction de Hecht : négative.

Réaction de Weinberg : négative.

Réaction de Fleig et Lisbonne : négative.

Epreuve de l'hémoclasie digestive : positive.

Epreuve de la glycosurie phloridzique : positive.

Urines : sucre : 0 ; albumine : 0 ; signes d'insuffisance hépatique (urobiline et acides biliaires).

Diagnostic. — 1° Le diagnostic de grossesse au cours du cinquième mois est évident.

2° La tumeur abdominale surajoutée à une origine nettement pévienne : son apparition première immédiatement au-dessus du pubis, son ascension progressive sous la poussée de l'utérus en développement le démontrent amplement. Il s'agit en outre d'une tumeur manifestement assez mobile pour s'énucléer facilement du petit bassin dans

l'abdomen. Ainsi les hypothèses possibles se réduisent à deux : fibrome en dégénérescence kystique par nécrose centrale ou kyste de l'ovaire.

Si la fluctuation et la sensation de flot, absolument parfaites, sont plutôt en faveur d'un kyste ovarique, l'augmentation rapide au cours de la grossesse, l'existence d'un large pédicule paraissant s'insérer sur la face postérieure du fond de l'utérus ne permettent aucun doute : il s'agit d'une tumeur fibro-cystique, d'un fibro-myome utérin dont le centre s'est totalement ramolli par nécrose ainsi qu'on le voit assez fréquemment au cours de la grossesse.

Opération (professeur Vincent, H. Duboucher). — L'intervention est pratiquée le 25 février, vers le milieu de l'espace intermenstruel.

Laparotomie médiane sous-ombilicale : on tombe immédiatement sur un volumineux fibrome auquel l'épiploon adhère sur toute sa surface. Ces adhérences sont détruites et les ligatures hémostatiques nécessaires posées.

La tumeur étant extériorisée avec précaution, on voit qu'elle s'insère sur la partie postéro-supérieure de l'utérus par un court pédicule large comme la partie inférieure de l'avant-bras. Une collerette péritonéale est disséquée sur ce pédicule même, destinée à assurer, tout à l'heure, la péritonisation de l'utérus. Le fibrome est tout doucement séparé de l'utérus, qui porte à la fin de l'énucléation tumorale, une plaie saignante et relativement profonde de 5 à 6 centimètres de diamètre. Un premier plan de suture rapproche les lèvres musculaires de cette plaie et assure l'hémostase. Le plan péritonéal est ensuite rabattu par-dessus et maintenu par un deuxième plan de suture.

Suites opératoires absolument normales : la malade n'a eu aucune douleur utérine ; on s'est totalement abstenu de médication anti-abortive. Elle est sortie le 6 avril de la Maternité la grossesse continuant son cours normal.

Description de la pièce. — Du volume d'une grosse tête d'enfant, la tumeur est régulièrement arrondie et légèrement aplatie d'avant en arrière. Elle présente l'aspect caractéristique des fibro-myomes utérins. Sectionnée en son milieu le centre en apparaît complètement nécrosé et de couleur brun chocolat. La masse centrale, ramollie et tremblotante, forme une sorte d'éponge gélatineuse dont les mailles contiennent un liquide trouble, roussâtre. La partie saine du fibrome ne forme plus qu'une coque périphérique mince, épaisse, seulement, de 4 à 12 millimètres.

OBSERVATION XLV

(Obs. Ch. Martin in Thèse Joubert, 1906-7, Paris).

*Gangrène d'un fibrome utérin à la fin d'une grossesse
Accouchement prématuré. Infection puerpérale grave.
Extraction du fibrome « post partum » par les voies
naturelles. Guérison.*

Une femme multipare (cinq enfants) en état de misère physiologique, habitant un taudis au milieu des bois, achève sa sixième grossesse, mal nourrie, mal vêtue en hiver, sale et ne prenant aucun soin hygiénique. Elle est près du terme et présente depuis deux jours des accidents infectieux, température à 40°, pouls 120, ventre ballonné, urines rares, albuminurie; utérus énorme, et encore fermé, mais douloureux et se contractant.

Le fœtus est probablement mort. On n'entend pas de bruits cardiaques. La malade dit être souffrante depuis une huitaine de jours, probablement de la grippe, mais les symptômes inquiétants ne datent que de deux jours.

On pense à une péritonite, une grippe, mais bientôt l'utérus commence à se contracter régulièrement, l'effacement du col, sa dilatation se font sous les yeux, et l'accouchement se termine en quelques heures sans amener ni aggravation, ni amélioration.

Le fœtus est mort, le liquide amniotique fétide; le placenta vient, semble-t-il en entier et sent mauvais.

L'utérus vidé, il reste encore une énorme masse utérine, représentant presque un utérus à terme; la main introduite ne sent pas de second enfant et revient chargée de débris fétides.

Plus de doute, il s'agit bien d'un utérus fibromateux, et qui s'est infecté pendant les dernières semaines de la grossesse, probablement sous l'influence de la grippe.

Actuellement la malade fait une véritable fièvre puerpérale. L'infection utérine a amené la mort du fœtus et l'accouchement prématuré.

La main introduite dans l'utérus avait senti une grosse masse donnant l'impression d'une tête d'adulte, au fond de la cavité, et faisant saillie dans celle-ci.

L'accouchement n'a pas amélioré la situation. Le lendemain, la température, le pouls, l'état général restent aussi inquiétants, il faut évidemment enlever ce fibrome infecté ou même faire une hystérectomie totale.

Dans un pareil milieu, avec une malade aussi profondément infectée et non transportable, je conviens avec le Dr Tardif que le mieux est d'essayer d'enlever le fibrome par les voies naturelles pour gagner ainsi du temps, de désinfecter de notre mieux la cavité utérine, remonter la malade par du sérum, etc., et la mettre en état, si elle résiste, de supporter l'hystérectomie, au cas bien probable où l'infection ne cesserait pas.

Ablation du fibrome. Depuis la veille la malade a conti-

nué à souffrir, les contractions n'ont pas cessé, et je constate avec plaisir à travers le col largement ouvert, que le fibrome s'est abaissé ; il s'est pour ainsi dire, énucléé du tissu utérin et, comme un polype, tend à s'accoucher.

Sa masse est totalement sphacélée ; les pinces à traction accrochent des lambeaux putéfiés et d'odeur horriblement fétide. Peu à peu, vers le centre, un plan plus résistant est atteint. M'aidant d'une large spatule, j'arrive à extraire un gros fibrome de 400 grammes.

L'odeur est infecte, le sphacèle a plus de 3 centimètres d'épaisseur ; le reste du fibrome est couleur lie de vin, grisâtre en d'autres points.

L'utérus ainsi vide se contracte et revient sur lui-même. De grandes injections chaudes au permanganate sont faites. La malade reçoit sérum et caféine.

A notre grand étonnement, la situation va s'améliorant dès le lendemain. On voit baisser la température, le pouls ralentir, les fonctions digestives se rétablir. Les pertes diminuent d'odeur et d'abondance ; en 8 jours la situation est sûre et la malade guérit sans incidents, sans phlébite, n'ayant même pas eu conscience du grave danger qu'elle avait couru.

OBSERVATION XLVI

P. D. Turner. Hystérectomie abdominale 63 heures après l'accouchement pour fibrome sous-péritonéal nécrosé et suppuré.

(*Royal Society of Médecine*, 9 déc. 1909).

The Lancet, 1910, p. 26.

Femme de 32 ans, multipare, ayant eu ses dernières règles en janvier, qui vient consulter T. le 22 mars 1909, ayant trouvé dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur dant avec un fibro-myome pédiculé.

Laparotomie le 8 avril ; on trouve le fibrome d'aspect normal, mais trop largement adhérent à l'utérus pour l'enlever sans interrompre la gestation. On se retire. La grossesse se poursuit et c'est seulement vers le septième mois qu'elle commence à en souffrir et, dit l'auteur, c'est vers cette époque que la nécrose a dû débiter.

Le travail commence le 26 octobre et se termine le 29. On a dû faire une délivrance artificielle en raison d'une assez abondante hémorrhagie.

Le troisième jour après l'accouchement, la malade prend un facies altéré, la température et le pouls montent, l'abdomen devient tendu et douloureux. On pratique une hystérectomie. La malade guérit sans incidents. L'utérus contenait une tumeur grosse comme une tête de fœtus de trois mois, développée dans le ligament large gauche. A l'incision il s'écoula un flot de pus fétide. Elle était d'ailleurs couverte entièrement en une cavité irrégulière et trabéculée. Elle était entourée par du tissu fibreux en apparence normal.

CONCLUSIONS

1° Les fibromyomes de l'utérus peuvent se mortifier pendant la durée de la grossesse. Cette mortification qui est pour ainsi dire toujours aseptique, doit être désignée du nom de nécrobiose, pour la distinguer des autres processus de dégénérescence des fibromes, en particulier du sphacèle ou gangrène, et de la suppuration, qui impliquent l'infection ;

2° La nécrobiose paraît beaucoup plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici. A côté des formes graves, surtout décrites dans les rares observations anciennes, se placent de très nombreuses formes frustes. Elle atteint plus spécialement les primipares âgées ;

3° Plusieurs théories pathogéniques ont tenté d'en expliquer la genèse. L'ischémie est indiscutablement la cause immédiate de la nécrobiose. Il faut retenir que les fibromyomes, surtout les fibromes encapsulés, sont irrigués de façon très précaire, et que la suppression de leur circulation artérielle est à la merci d'un incident. L'infiltration oedémateuse du fibrome, la torsion même incom-

plète de son pédicule, quand il existe, la compression extérieure par enclavement, peut-être la production d'une artérite oblitérante, le spasme artériel, telles sont des pathogénies variables, qu'il ne semble pas invraisemblable d'invoquer.

On pourrait même concevoir, par pure hypothèse que, lorsqu'au cours de la grossesse un fibrome se ramollit, en augmentant de volume, il est déjà en puissance de dégénérescence, il tend vers la nécrobiose. Ce serait un des stades initiaux de la nécrobiose. On supposerait aussi que la régression, la disparition de ces fibromes, dans les suites de couches, ne serait que le terme de la série dégénérative nécrobiotique. La résorption du fibrome en état de désintégration serait favorisée par l'évolution des organes génitaux. Les phénomènes de lipolyse constatés représenteraient une étape de cette régression. La question est posée, mais les données scientifiques actuelles ne permettent pas encore de la résoudre ;

4° La nécrobiose revêt des degrés et des apparences diverses. D'aspect extérieur souvent inchangé, le fibromyome dégénéré est de consistance parfois normale, plus souvent ramollie, rarement fluctuante, en raison de l'épaisseur de la coque.

La surface de section peut être rouge, imprégnée par les éléments colorants du sang, ou parsemée de taches noirâtres. Mais, dans les cas les plus typiques, elle est lie de vin ou gris chamoisé avec des reflets livides, marbrés. Ramollie ou élastique, elle est creusée de géodes, de cavernes contenant une matière amorphe, caséuse ou diffluent. Chaque

caverne correspond à la nécrobiose d'un noyau fibromateux.

L'examen histologique montre des lésions de nécrose complète. En certains points, le tissu fibromateux est mortifié sur place, sans désagrégation. Entre l'état du tissu normal fibromateux et celui de la substance amorphe, anhyste, ne représentant plus même aucune structure fibrillaire, la transition est établie par toute la gamme des stades intermédiaires.

Des examens bactériologiques et des cultures démontrent que le processus est aseptique, dans presque tous les cas ;

5° Les symptômes consistent principalement en douleurs soit spontanées, soit seulement provoquées, siégeant au niveau de la tumeur, en modifications du fibromyome qui augmente de volume et se ramollit, en troubles de l'état général par résorption des produits toxiques libérés par l'histolyse. Ils vont du simple état fébricitant, souvent insoupçonné jusqu'à la cachexie avec teint jaunet, simulant une néoplasie maligne.

Les formes frustes semblent très fréquentes. Il existe des formes avec syndrome péritonéal dramatique ;

6° Le diagnostic paraît difficile en raison des aspects divers de l'affection. En fait, la méconnaissance de cette complication est la cause des erreurs de diagnostic, presque constantes commises à son sujet.

Un des points les plus difficiles du diagnostic, est

celui de la différenciation entre un fibrome hypertrophié et ramolli par la grossesse, et un fibrome nécrobiosé authentique, à telle enseigne que le secours du microscope peut devenir indispensable pour résoudre la question ;

7° Dans l'ensemble, le pronostic est sérieux. Il faut, en effet, envisager les complications de la grossesse (avortement, accouchement prématuré, placenta prævia) et de la puerpéralité. Parmi celles-ci, la plus fréquente est l'infection, qui transformera en une masse gangréneuse cette tumeur dégénérée ;

8° Il ne faut jamais pratiquer d'intervention obstétricale ayant simplement pour effet de vider l'utérus ; incomplètes, dangereuses en cas de fibrome simplement dystocique, elles exposent, en cas de nécrobiose authentique et marquée, aux pires accidents (rupture utérine, infection extrêmement grave). Si l'on doit intervenir, c'est chirurgicalement par la voie haute, qu'il convient qu'on le fasse.

On pratiquera, selon les circonstances, une myomectomie simple ou une hystérectomie supra-vaginale, en vase clos, en respectant la cavité ovulaire, ou une césarienne suivie de myomectomie ou d'hystérectomie.

Sauf cas d'urgence, rares, et qui forcent la main à l'accoucheur, on n'interviendra par laparotomie que, lorsqu'après avoir suivi la malade, on se rendra compte d'une aggravation manifeste des symptômes, et que l'on aura lieu de craindre une issue grave soit pour le fœtus, soit pour la mère.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — *Utérus myomateux avec myome interstitiel à foyer central de nécrobiose et autre myome lie de vin.* Lyon Médical, 1912, t. CXVIII.
- AUCHÉ ET BRANDEIS. — *Le sphacèle aseptique des fibromyomes utérins.* Journal de Médecine de Bordeaux, 1909.
- BABLET. — *Sphacèle des fibromes utérins au cours de la grossesse.* Thèse de Bordeaux, 1910.
- BARBOUTH. — *Etude chimique et histologique sur la nécrobiose aseptique des fibromyomes utérins.* Revue de chirurgie, oct. 1912, t. XLVI, p. 571.
- BARDON. — 1° *Circulation artérielle dans les fibromyomes utérins.* Gynécologie et Obstétrique, 1921.
2° *Etude radiographique de la vascularisation des fibromes utérins.* Bulletin de Soc. d'obst. et de gyn. de Paris, 1922, p. 174.
- BÉGOUIN. — 1° *Sphacèle des fibromes utérins interstitiels non exposés ; sa nature aseptique, son origine vasculaire.* Journal de Médecine de Bordeaux : 21 avril 1909, p. 261.
2° *La nécrobiose des fibromes utérins.* Paris Médical, 17 juin 1922.
- BERGER. — *Suppuration des fibromes au cours de la puerpéralité.* Thèse de Paris, 1907.
- BERNOILLE. — *Fibromes utérins sous-péritonéaux à pédicule tordu, au cours et en dehors de la grossesse.* Thèse de Paris, 1905.
- BIGEX. — *Les fibromes de l'utérus chez les primipares âgées.* Thèse de Paris, 1900.
- BIOCH. — *Gangrène des fibromes non pédiculés.* Thèse de Paris, 1901.
- BLANCHARD. — 1° *Torsion des fibromes sous-séreux pendant la grossesse.* Thèse de Paris, 1907.
2° *Revue de gynécologie,* mai-juin 1909.
- BLAND-SUTTON. — 1° *Essays on hysterotomy.* Second Edition
2° *Transact. obst. Soc. London.* Vol. XLVI, 1904, p. 298.
- BÖCKER. — *Centralblatt für gynäkologie,* 1902.
- BOIVIN ET DUGÈS. — *Traité des maladies de l'utérus.* T. I, p. 69.

- CHAVANNAZ. — 1° *Fibromes sphacelés*. Journal de Médecine de Bordeaux, 1908.
 2° *Fibrome sphacélé au cours de la grossesse*. Congrès national de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, tenu à Toulouse, du 22 au 27 septembre 1910. C. R. dans les Ann. G. et Obst. 1910.
 3° *Les fibromes sphacelés au cours de la grossesse*. Congrès Français de Chirurgie d'octobre 1919.
- CHAVANNAZ ET NADAL. — *Recherches sur la vascularisation des fibromes phacelés*. Journal de Médecine de Bordeaux, 1910.
- CLAISSE. — *Thèse de Paris* 1900.
- CORNIL. — *Sur les altérations anatomiques des myomes pendant la grossesse*. Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris. 1893. 3^e série xxix, p. 162-166 ou Annales de gyn. et d'obst., 1893. Vol. xxxix, p. 228.
- CRUVEILHIER. — *Anatomie pathologique*.
- DEAVER. — *Myoma of the uterus with special reference to degenerative changes*. American journal of the medical sciences. Juin 1911.
- DELBET. — *Sur un cas de fibrome utérin sous péritonéal adhérent à la paroi; difficulté du diagnostic; opération pendant la grossesse*. Archives générales de médecine. Paris 1892, p. 200-205.
- DELETREZ. — *Grossesse et fibromes utérins*. — Bulletin de la société belge de Gyn. et d'Olst. in de gynécologie, mai 1911.
- DELMAS. — *Annales de gyn. et d'Olst.* 1919.
- DEMONS ET BINAUD. — *Gaz. hebd. Med.* Bordeaux 1898.
- DOLÉRIS. — 1° *Archives de tocologie* 1883.
 2° *La gynécologie*, 15 février 1900.
- DONNER. — *The Lancet*, 16 dec. 1911.
- FAIRBAIRN. — *A contribution to the study of one of the varieties of necrotic changes, the so called necrobiosis, in fibromyomata of the uterus*. J. of obst. and gyn. of British Empire, 1903.
- FAURE ET SEREDEY. — *Traité de gynécologie*, 1914.
- FIOLLE. — *Ablation de fibromes hyperthermisants sans annexe*. Bulletin et Mémoires de la Société de chirurgie de Paris, 1922, p. 186.
- FONTAINE. — *De la myomectomie au cours de la grossesse*. Thèse de Paris, 1913.
- FOTHERGILL. — *On the diagnosis of abdominal tumors in relation to pregnancy*. The Practitioner, 1906.
- FREUND. — *Centralblatt f. gynec*, 1900.
- GAMBIER. — *Des fibromes intérins interstitiels nécrobiosés*. Thèse de Bordeaux. 1908.
- GAUJOUX, SERY et FIOLE. — *Glycosurie et hyperthermie chez une fibromateuse. Hysterectomie. Guérison*. Bull. et Mémoires de la soc. de chirurgie. Paris, 1922.

- GROSSE. — *Des indications de l'intervention chirurgicale au cours de la grossesse et pendant le travail, dans les grossesses compliquées de fibromes.* Thèse de Paris, 1902.
- GUÉRY. — *Etude sur la suppuration des fibromyomes utérins.* Thèse de Paris, 1900.
- GUYOTAT. — *Elimination des fibromes par gangrène et suppuration.* Thèse de Lyon, 1898.
- HAULTAIN. — *Remarks on pregnancy complicated by fibromyomata of the uterus. A record of ten cases treated by laparotomy.* Edin. b. society, in British Med. journal. Dec. 1908, p. 1665.
- HEIMO. — *Annales de gynécologie et d'obst.*, Avril 1917.
- HYENNE. — *Etude anatomo-clinique des principales dégénérescences des fibromes de l'utérus.* Thèse de Paris, 1917.
- ISCH-WALL. — *Fibromes de l'utérus, grossesse, dystocie, mort par rupture d'un foyer ramolli dans le péritoine.* Bull. soc. anat. de Paris, 1889.
- JAMAIN. — *Fibromes utérins et uperpéralités.* Thèse de Paris, 1907.
- JOUBERT. — *Des indications opératoires au cours de la grossesse compliquée de fibromes.* Thèse de Paris, 1907.
- KEIFFER. — 1° *Des fibromes pendant la grossesse.* Gaz. gyn. de Paris, 1907.
2° *Dégénérescences et involution des fibromes pendant les suites de couches.* Revue française de gynécologie et d'obstétrique, 1919.
3° *Leçon anatomo-clinique sur les fibromes.* La gynécologie, 1920.
- KRUSEN. — *Fibroid tumors complicating pregnancy and puerperium.* Amer. journal of obst., Mars, 1910.
- LANDUREAU. — *Etude d'une observation de fibromyome gravidique en dégénérescence kystique.* Thèse de Montpellier, 1921.
- LASNIER. — *Sphacèle et purulence des fibromes utérins.* Thèse de Bordeaux, 1898.
- LECÈNE. — *Nécrobiose, suppuration et gangrène des fibromes utérins.* Annales de gynécologie et d'obstétrique. Paris, Août, 1911.
- LEFOUR. — *Les fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement.* Thèse d'agrégation, 1880.
- LEGRAND ET BARON. — *Annales de gyn. et d'obst.*, 1911, p. 110.
- LEGUEU. — *Société d'obst. et de gyn. de Paris*, 8 mai 1911.
- LE LORIER et DUCHENE. — *Accidents d'occlusion intestinale à 5 mois et demi de gestation par fibrome utérin. Myomectomie. Accouchement vers 7 mois et demi.* Bull. Soc. Obst. et Gyn. Paris, 1922, p. 100.
- LEMELAND. — *De la torsion des fibromes utérins sous séreux et interstitiels.* Thèse de Paris, 1908.
- LEPAGE. — 1° *Soc. d'obst. et de gyn.* Paris, 1900.
2° *Archives mensuelles d'obst. et de gyn.* T. I.
3° *Annales de gyn. et d'obst.* 1906.
4° *Annales de gyn. et d'obst.* 1912.

- LEVRET. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 1749.
- LOBENSTINE. — *Fibromyomata in pregnancy*. American journal of Obstetrics. Janvier, 1911. Vol. LXIII, page 67.
- LOHLEIN. — *Deutsche Medicin Worhenschrift*, 1893.
- MARX. — *Fibromes et grossesse*, Am. j. of obstetrics. Février, 1905.
- MAUCLAIRE. — *Annales de gyn. et d'Obst.* EPQC.
- MAZET. — *Gros myome rouge encapsulé de l'utérus à évolution rapide*. Lyon médical, 1911, p. 471.
- MÉHEUT. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques*. Thèse Paris, 1901.
- MESLAY ET HYENNE. — *Dégénérescence des fibromes*. Ann. gyn. et obst., 1898, p. 1.
- MOUCHOTTE. — 1° *Documents pour servir à l'étude de l'hysterectomie dans l'infection puerperale*. Thèse de Paris, 1902.
2° *Annales de gyn. et d'obst.*, 1911.
- MURRAY. — *Red degeneration of fibroids*. Journal of obst. and gyn. of the British Empire. Juin 1910.
- PFEIFFER. — *Myoma of the uterus with spenal reference degenerative changes*. Am. Journal of obstetrics, fév. 1911, p. 257.
- PIQUAND. — 1° *Les dégénérescences des fibromyomes de l'utérus*. Thèse de Paris, 1904.
2° *Dégénérescences kystiques des fibromes*. Revue de Chirurgie, 1906.
- PIQUAND et LEMELAND. — 1° *Torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse*. L'obstétrique. Juillet, 1909.
2° *Les altérations des fibromyomes de l'utérus au cours de la grossesse et de la puerpéralité*. L'obstétrique, 1910.
- POTOCKI ET SAUVAGE. — *Soc. d'obst. et de gyn.* Paris, 1911.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*.
- PY. — *Contribution à l'étude des myomes rouges de l'utérus*. Thèse de Montpellier, 1912.
- REER. — *Fibromes et gestation*. Gynécologie et obstétrique, 1921.
- REINPRECHT. — *Wiener Klinisch Worhenschrift*, 1899.
- RENAUD. — *Fibromyome de l'utérus nécrosé et œdématisé au cours d'une grossesse*. Bull. soc. anatomique. Paris, 1908, p. 228.
- REYMOND. — *Bulletin soc. anat.* Paris, 1905.
- RIBEMONT, DESSAIGNES ET GROSSE. — *Société d'obst. et de gyn.* 1904.
- ROBERT. — *Quelques accidents septiques dus à la présence des fibromes*. Thèse Paris, 1885.
- ROSS AND HENDRICK. — *Canadian Practitioner*, 1910.
- DE ROUVELLE ET MARTIN. — *La mort des fibromyomes de l'utérus*. Archives générales de médecine, 14 août, 1906.
- *SMITH AND SHARW. — *The pathology of red degeneration of tute-rin myomata*. Journal of obst. and gyn. british. Empire. Avril, 1909.
- TARNIER. — *Des cas dans lesquels l'extraction du fœtus est nécessaire, et des procédés opératoires relatifs à cette extraction*. — Thèse d'agrégation, Paris, 1860, page 97.

- TAYLOR. — *Necrobiotic fibroid and pregnancy*. The Practitioner, 1906.
- TEDENAT ET TZELEPOGLU. — *Myomes utérins. Dégénérescence rouge*. La gynécologie, février, 1921.
- THORN. — *Münchn, med. Woch.*, 1905.
- TREUB. — *Archives de tocologie*, 1894.
- TREUB ET BRINDEAU. — *Article fibrome et grossesse in la pratique de l'art des accouchements par Bar, Brindeau et Chambrelent*, 1914.
- TURNER. — *L'intervention chirurgicale dans les cas de fibromes au cours de la puerperalité*. Thèse de Paris, 1899.
- P. D. TURNER. — *Hysterectomie abdominale 63 heures après l'accouchement pour fibrome sous péritoneal nécrosé et suppuré*. Royal Society of Médecine, 9 novembre 1909. C. R. in the Lancet 1910, p. 26.
- VARNIER. — *Fibrome, grossesse et péritonite*.
1^o Ann. gyn. 1886, p. 18.
2^o Ann. gyn., C. R. Soc. d'Obst. et de Gyn., mai 1904.
- VIANA. — *Contributo allo studio della necrosi dei fibromiomi uterini in grandaza arilurco italiano di ginecoloige*. Nov., 1905.
- VIEL. — *Contribution à l'étude des fibromes gravidiques, des indications opératoires au cours de la grossesse*. Thèse de Paris, 1920.
- VIGNE. — *Fibrome et gestation*. Journal des praticiens, 1921.
- VINCENT, ROUVIER, DUBOUCHET ET LOUGET. — *Tumeur fibro-cystique de l'utérus, opérée au 5^e mois de la gestation; guérison avec continuation de la grossesse*. Bull. soc. d'obst. et de gyn. Paris, 1922. p. 425.
- ZWEIFEL. — *Centralblatt für gynek*, 1888.

